



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

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

LA ECONOMÍA DEL NUEVO PARTO Y NACIMIENTO

discursos, biopolíticas y feminismos por un parto humanizado

Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural

Aline de Andrade Ramos Cavalcanti

Dirigida por Virginia Fons Renaudón

Septiembre de 2019

Departamento de Antropología Social y Cultural

Facultad de Filosofía y Letras

Universitat Autònoma de Barcelona

Libertad sin oportunidades es un regalo diabólico
y la negación de estas oportunidades un crimen

Noam Chomsky

Agradecimientos

Mis agradecimientos van, en primer lugar, a mi directora de tesis, Virginia Fons, por su riguroso aporte intelectual y apoyo permanente. Me siento igualmente agradecida por las imprescindibles sugerencias de Verena Stolcke, Anna Piella y Montserrat Ventura, del Departamento de Antropología Social y Cultural.

Esta tesis tampoco hubiera sido posible sin el apoyo financiero de la CAPES – BRASIL, que me ha concedido una beca de doctorado integral en el exterior, fundamental para que pudiera profundizar el tema.

Agradezco, por fin, a todas las madres, comadronas, médicos, activistas y/o feministas que han colaborado con esta tesis, quienes generosamente me han ofrecido sus percepciones, ideas y narrativas personales para que pudiera seguir reflexionando sobre la lucha por un parto más digno y respetuoso. Agradezco especialmente a la colaboración de Ana Sáenz del Instituto Catalán de la Dona y a Mercè Otero de la organización Ca la Dona.

Índice

Introducción.....	7
PARTE I: Moldura histórica y teórica de la aparición del parto humanizado.....	38
1 Neoliberalismo, parto y humanización: aproximación al debate.....	38
1.1 La doctrina neoliberal y la revolución del capitalismo: algunas claves.....	38
1.2 Biopolítica, dispositivo de libertad y el empresario de uno mismo.....	44
1.3 Parto, Estado y obstetricia: naranja mecánica y la pedagogía del parto.....	48
1.4 El parto neoliberal y el discurso de “necesidades básicas” en el trabajo de parto.....	53
1.5 Humanización: evolución, sentidos y disputas alrededor de un concepto.....	60
2 Interfaces del feminismo y de la lucha por la humanización del parto.....	66
2.1 El feminismo maternalista y la construcción del estado de bienestar social.....	66
2.2 Feminismo y reacción crítica y teórica a la ofensiva neoliberal.....	71
2.3 Breve genealogía del movimiento de mujeres y feministas alrededor del parto.....	77
2.4 Antropología del parto y del nacimiento: <i>status</i> de la cuestión.....	80
3 Prácticas discursivas del feminismo radical sobre el parto.....	83
3.1 El parto doloroso como metáfora de esclavitud en Simone De Beauvoir – años 50...83	
3.2 El parto artificial como revolución definitiva en Shulamith Firestone – años 70.....86	
3.3 El parto como institución en Adrienne Rich – años 80.....88	
3.4 El parto como renovación de la fuerza de trabajo en Lidia Falcón – años 90.....91	
4 Discusión I: Moldura histórico-conceptual de la tesis.....	95
PARTE II: El Movimiento por la humanización del Parto en España.....	99
5 Narrativas del activismo feminista por la humanización del parto.....	99
5.1 Las activistas y/o feministas por la humanización del parto.....	99
5.2 Narrativas del autoreconocimiento feminista.....	105
5.3 Narrativas de aproximación al tema de los partos humanizados.....	113
5.4 Utopías y agenda política para el feminismo y la humanización del parto.....	117
6 Estructura y organización del movimiento por la humanización.....	130

6.1 Trayectorias personales y acción política.....	130
6.2 De la capacitación y formación profesional del campo.....	140
6.3 Redes y organización de los servicios del parto humanizado.....	142
6.3.1 El servicio de doulas, asociacionismo y educación para el parto.....	142
6.3.2 Parto domiciliario y casas de parto.....	148
7 Discusión II: El feminismo por la humanización del parto.....	156
PARTE III: Arqueología del discurso del parto humanizado.....	160
8 Una re-lectura de la historia del movimiento por la humanización del parto.....	160
8.1 Parto y feminismo: el triunfo de Stalin y el parto sin miedo.....	160
8.2 La medicina basada en evidencias: una introducción a las necropolíticas del parto.....	167
8.3 Birth Story: Ina May, contracultura y nacer sin violencia.....	173
8.4 La trampa de la “maternidad sin riesgos” y las recomendaciones de la OMS.....	182
8.5 Parto y el feminismo de la reivindicación maternal en España.....	189
9 Discusión III: Contra-revolución feminista y el genocidio basado en evidencias.....	194
10 Conclusiones.....	198
11 Referencias bibliográficas	215
12 Anexos.....	235
Anexos I. Ficha de colecta de datos.....	235
Anexos II. Revistas consultadas.....	236
Anexos III. Guion de entrevistas.....	239
Anexos IV. Consentimiento informado.....	241
Anexos V. Red de organizaciones de las mujeres entrevistadas.....	242
Anexos VI. Documentos.....	246
Documento I. A listing of available information (1997).....	246
Documento II. A listing of available information (1997).....	247
Documento III. A listing of available information (1997).....	248
Documento IV. A listing of available information (1997).....	249

Documento V. A listing of available information (1997).....	250
Documento VI. Iniciativa Maternidad Sin Riesgos (1993).....	251

Lista de tablas, figuras e imágenes

Figura 1. Moldura metodológica de la tesis.....	26
Tabla 1. Sentidos de humanización en el parto.....	64
Figura 2. Moldura histórica-conceptual de la tesis.....	98
Tabla 2. Perfil de las entrevistadas.....	101
Figura 3. Representación política de las activistas.....	103
Figura 4. Conceptos de feminismo.....	107
Figura 5. Inspiraciones feministas.....	110
Figura 6. Inspiraciones en el campo de los partos.....	111
Tabla 3. Agenda política 1	117
Tabla 4. Agenda política 2	122
Imagen 1. Por un parto con placer.....	132
Imagen 2. Mapa El Parto es Nuestro.....	147
Tabla 5. Discursos de Cochrane sobre el parto.....	170
Imagen 3. Escena de Birth Story: Ina May Gaskin & The Farm Midwives.....	175
Imagen 4. Escena de Birth Story: Ina May Gaskin & The Farm Midwives.....	175
Imagen 5. Escena de Birth Story: Ina May Gaskin & The Farm Midwives.....	177
Imagen 6. Escena de Birth Story: Ina May Gaskin & The Farm Midwives.....	180
Imagen 7. Escena de Birth Story: Ina May Gaskin & The Farm Midwives.....	181
Imagen 8. Sesión de Comics de Nuria Pompeia.....	191

Introducción

¿Puede el subalterno hablar?

Gayatri Chakravorty Spivak

I

Para empezar, introduzco a modo de ejemplo un anuncio publicitario que funciona como metáfora sugerente para pensar la serie de nociones, discursos y técnicas que circulan actualmente alrededor del modelo humanizado de asistencia al parto. Esta ilustración permite presentar, sobre todo, los matices, las sutilezas que conectan el parto, el feminismo y el neoliberalismo, así como la perspectiva teórico-política de interpretación que se adoptará en esta tesis.

En la década actual, la representación del parto y del nacimiento de una nueva especie humana es una metáfora presente en la publicidad de algunas marcas¹. Este imaginario de nuevas prácticas sociales que van a impulsar la producción del nuevo trabajador de la sociedad de la información -o del capitalismo informacional- fue bien captada por MTS, una empresa indiana de tecnología de la información, en una pieza publicitaria del año 2014 que retrata el nacimiento de lo que llamaron *Internet Baby*. En el anuncio un bebé nace por sí mismo, aunque su madre intente controlar los esfuerzos y tenga todo un equipo de soporte en el parto, el bebé lo hace automáticamente por sus propios esfuerzos y trabajo individual. Mientras suena una canción de Diana Ross, clásica de los años 80, el bebé toma la *tablet* de las manos de su padre que lo está mirando y busca en Google cómo cortar él mismo el cordón umbilical, así que le pide a la enfermera que le dé las tijeras y lo corta. Seguidamente, certifica que está guapo y se saca una *selfie* con la enfermera, salta y camina a gatas hasta una *laptop* que utiliza para crear varias cuentas en redes sociales a través de la red MTS. Para finalizar, empieza a transmitir en directo por YouTube su salida de la sala de parto (va caminando) con la ayuda de un GPS. El anuncio termina con la llamada: “Nacido para la Internet. MTS Red 3G Plus” (Cavalcanti, 2014, p. 107).

¿Quiénes son estos niños del nuevo capitalismo? ¿Qué características socioculturales los tornarían deseables para el nuevo orden social? Como puede evidenciarse, hay una regularidad discursiva muy sutil en este anuncio que traduce perfectamente lo no dicho, lo

¹ Tal es el caso de Volkswagen que lanzó un comercial en 2012 que retrataba el nacimiento de un niño indiano que portaba alas.

casi siempre olvidado y lo impronunciable que la presente tesis intenta captar en la historia social del parto humanizado, el pavoroso espectro de una realidad que parece configurarse a finales del siglo XX: la emergencia de políticas macroeconómicas de gestión de las poblaciones para el perfeccionamiento de la razón de gobierno en su fase neoliberal; la gestión política de los partos y nacimientos, es decir, un privilegio característico por mucho tiempo del poder soberano, “el derecho de hacer morir y dejar vivir” (Foucault, 2009, pp.147-148). De tal manera, lo que se intenta captar en esta tesis es la producción del “superhombre de la gran salud, aquel que es visado para la humanidad entera. Ideología totalitaria en formación que se esconde en el culto de la vida”² (Sfez, 1996, p. 320) y que se hace presente en los discursos del movimiento por el parto “no intervencionista”.

De acuerdo con ello, desde esta mirada crítica sobre la historia social del parto se entiende que han existido técnicas corporales que ocultan biopolíticas del poder e ideologías potentes que pueden sustentarlas o contradecirlas. Este es el tema que se pretende desarrollar en la presente tesis: intentar comprender toda una realidad de pensamiento y gestión del parto a lo largo del siglo XX a través de autores clave, voces feministas y activistas reconocidas en este campo. Sin embargo, antes quisiera exponer algunos aspectos biográficos que inspiraron y posibilitaron el diseño de este planteamiento.

II

En el año 2006, cuando estaba embarazada de mi tercer hijo conocí una obra llamada *Nascido no Mar*, escrita por Chris Griscom, una madre estadounidense. El libro relataba su experiencia de parir en las aguas del Caribe a solas con sus hijos; se trata de una obra bellísima llena de fotografías encantadoras. En esa época pensaba lo fantástico que sería vivir un parto así, por eso asistía a clases de apoyo a embarazadas y de preparación para el parto natural en Brasil. En una de las clases exhibieron el cortometraje de una antropóloga y comadrona mexicana llamada Naoli Vinaver, que tenía por título “*Birth Day*”, el cual fue definitivo para tomar la decisión sobre cómo quería mi tercer parto: yo quería parir tal como lo hizo Naoli.

Luego me dediqué a investigar sobre los partos acuáticos y conocí la obra de la comadrona alemana Cornelia Enning, *O parto na água*, y la del obstetra francés Michel Odent, *Água e sexualidade*. Ambas me trajeron la seguridad que necesitaba para sostener mi decisión de parir en el agua. De ese modo, mi tercer alumbramiento resultó ser una experiencia

² Traducción libre del original: “O super homem da grande saúde é aquele que é visado para a humanidade inteira. Ideologia totalitária em formação que se esconde no culto da vida”.

magnífica. A partir de ello, me convertí en “una madre deslumbrada” por el efecto del “condicionamiento operante pavloviano”³ de las películas y fotografías de partos naturales, así como de mi propia experiencia “interpretativamente condicionada” de “parto libre y fantástico”. En esos tiempos llevaba a cualquier lugar la guía de la matrona inglesa Janet Balaskas, *El parto activo*, como quien predicaba la Biblia.

En 2007 acordé con una amiga y maestra de la Universidad Federal de Pernambuco tomar un café y enseñarle una serie de apuntes e ideas que venía organizando en una libreta desde mi tercer parto. Ya había pasado un año desde el nacimiento de Pablo, pero yo seguía escribiendo apasionadamente mi relato acerca del parto (algo muy común para una mujer activista que parió en casa) en un libro llamado “*Nascido na Rua Amoroso Costa*”, donde narraba cómo había sido mi experiencia con el parto acuático. Recuerdo la mirada de espanto en el rostro de mi amiga por mi desorden conceptual-creativo (solía cargar multitud de papeles sueltos con dibujos, llenos de cuadros, notas e *insights*) y tras recalcarle lo importante que sería llevar este asunto más en serio me prestó un libro del antropólogo brasileño Carlos Rodrigues Brandão llamado *Investigação Participante*. El estudio de esta obra guio mi primer trabajo de campo por las *favelas* de mi ciudad: salí en busca de mujeres que quisieran aprender algo sobre parir respetuosamente. Esa fue mi iniciación en el arte de investigar.

Al cabo de un tiempo estudié la obra *Sobre o artesanato intelectual e outros ensayos* del sociólogo estadounidense Wright Mills que me impactó e inspiró completamente en términos procedimentales. Gracias a él descubrí que “los más admirables pensadores de la comunidad académica no hacían una separación entre su trabajo y su vida⁴, sino que utilizaban una como enriquecimiento de la otra” (Wright, 2009, p. 21).

-“¡Genial, las cosas no están tan mal así!”- pensé para mí misma. A partir de ahí seguí construyendo cariñosamente un archivo llamado “Parto por el mundo”, hacía mis diarios caóticos, leía todo cuanto se me aparecía y realizaba trabajo de campo tanto como podía. Luego me obsesioné por investigar y mirar películas caseras de parto que en aquellos años empezaban a saturar YouTube y me convertí en una aficionada al género. Un año después empecé a impartir clases de preparación para el parto, ya como doula comunitaria y

³ Se trata de una teoría de aprendizaje asociativa desarrollada por el fisiólogo y psicólogo ruso Iván Pávlov. Según el médico francés Pierre Wellay et al. (1967) la psicoprofilaxis obstétrica o la analgesia por medio de la palabra que originó el Movimiento Parto sin Dolor, fue inspirada en las ideas de Pávlov de reflejo condicional. Las técnicas corporales de preparación para el parto natural siguen este modelo de enseñanza.

⁴ Verena Stolcke manifestó que en todo trabajo siempre existe algo de biografía.

educadora perinatal popular en el *Proyecto Madre Tierra*, en la ciudad Recife, en el barrio de la Várzea, en una organización que atendía familias en extrema pobreza.⁵ Ese contexto fue el que hizo darme cuenta del impacto que las películas tenían en la mente y en la percepción de las mujeres sobre el parto. Las películas eran el principal recurso didáctico que yo utilizaba y en todas las clases exhibía una película que había encontrado en YouTube. En una clase en la cual hablamos sobre las cesáreas, el 100% del grupo relató en el encuentro posterior haber tenido pesadillas con ese parto por causa de las películas que les había enseñado.

De hecho, lo que les relato es solo la punta del *iceberg*; los siete años que estuve trabajando directamente con mujeres en situación de extrema pobreza desmoronaron todo lo que había aprendido hasta entonces en grupos de preparación para los partos humanizados, pues en aquellos tiempos (y aún hoy en día) era flagrante el elitismo existente en cuanto al acceso a la asistencia humanizada en el parto. Además, todas estas prácticas e informaciones no llegaban a los grupos sociales más amplios y excluidos, como las comunidades periféricas donde vivían las mujeres y las familias más pobres. Sin embargo, aunque llegué a crear, con apoyo de algunas amigas, un espacio de acceso a estos conocimientos con enfoque en estos grupos sociales, los resultados eran desalentadores puesto que al final las mujeres elegían parir en los hospitales bajo intensa violencia institucional.

Las historias de parto que las mujeres relataban en el grupo después de sus alumbramientos eran tan degradantes que me costaba creer que todavía prefiriesen ir a parir a esos espacios antes que quedarse en sus casas. Me gustaría ilustrar uno de los relatos que más han marcado mi trabajo como educadora y que retrata el nivel de violencia y crueldad que sufren las mujeres más pobres en los hospitales públicos brasileños:

Llegué a la clínica y la doctora dijo que solo estaba con 8 cm y que la bolsa no se había roto todavía, tan solo estaba agrietada. [...] En todo caso, ella tenía que romper la bolsa para aumentar las contracciones, pero como me encontraba con una dilatación muy grande dijeron que me administrarían suero. “¡No quiero que me inyecten suero! ¡Si me lo ponen lo tiro, si me lo ponen lo tiro!” La doctora dijo: “Tendremos que atar a su esposa”. “Si me atan, destrozo este hospital, los denuncio y después me mato”. Se lo conté [a mi marido] y le dije que no estaba obligada a ponerme el suero [...]. “Yo no quiero quedarme aquí. Quiero irme, no me gusta este hospital” [...]. “Usted no va a salir del hospital porque si sale de aquí nosotros somos responsables de lo que le pueda ocurrir”. [...] La doctora no me dejó salir. “Se tendrá que quedar aquí dentro”. [...] Entonces ella rompió la bolsa [...] y me dejó sola. Después de 20 minutos de estar sola el niño nació. No había nadie, [...] estábamos solamente yo y la chica de la limpieza en la sala, [...] estaba loca por irme y cuando me levanté el niño saltó, [...] ella [la mujer de la limpieza] tiró el guante al suelo y cogió al niño. Gritó “¡enfermera, enfermera, el niño ha nacido!”. Entonces la enfermera, que era una académica muy grosera, tomó el niño por el brazo, tiró de ella y salió corriendo. Al dar el tirón el cordón umbilical se rompió. [...] “¡No

⁵ Este trabajo fue desarrollado en la ONG Lar Fabiano de Cristo.

toque al niño! ¡Usted está sucia y le va a pasar la infección al niño! ¡No lo toque no, no lo toque!” Y salió corriendo y la sangre empezó a brotar, y yo gritaba para que ella volviera y ella me dejó allí sola, [...] entonces vino un académico y preguntó qué había pasado y qué era toda esa sangre [...], entonces dijo: “¡Uy, se rompió!” y salió corriendo. Entonces empecé a gritar. ¿Qué se había roto? ¿Por qué gritó y salió corriendo? Después volvió con el bebé arrollado”. [Gaya, 4 hijos, 23 años]⁶ (Cavalcanti, 2010, p. 45).

En 2009 diseñé mi primer proyecto⁷ de investigación para comprender estas experiencias y me preguntaba: ¿Qué impedía a aquellas mujeres romper con la necesidad de parir en los hospitales? Lo que estaba claro era que parir en casa era una contradicción con sus necesidades concretas⁸. De esa forma, los resultados me condujeron a una conclusión absolutamente distinta del discurso de Michel Odent sobre “necesidades básicas de las mujeres en trabajo de parto” que aprendí y tanto me influenció después de pasar por los encuentros de preparación para el parto en el grupo *Boa Hora*. Los relatos de partos de estas mujeres evidenciaron el papel estratégico de los determinantes sociales para el diseño de una política efectiva de atención humanizada pautada desde una perspectiva intersectorial que articule salud, educación, vivienda y servicios sociales (Cavalcanti, 2010, pp. 55-58). Si realmente quisiéramos cambiar las cosas necesitaríamos invertir completamente la máxima de Michel Odent, pues esta experiencia me enseñó que en realidad “para cambiar el modo de nacer era preciso antes cambiar el mundo”.

Recuerdo que en el año 2012 la AFAR (Asociación Francófona para el Parto Respetado) propuso como tema de movilización para activistas de todo el mundo el debate sobre las relaciones entre parto y economía, eso me animó mucho, finalmente se abrió una oportunidad para reflexionar sobre los aspectos sociales críticos de la expansión del modelo de parto humanizado por el mundo. No obstante, la red brasileña de usuarias *Parto do Princípio* no tenía la menor idea de qué tratamiento darle al tema y organizó una vez más una muestra de fotos de sus partos domiciliarios “libres, bellos y fantásticos” en cooperación con la franquicia de librerías *Livraria Cultura*, es decir, propusieron como alternativa de solución al problema de la falta de acceso al trato respetuoso, el parto en casa.

En Recife, Pernambuco (Brasil), el tratamiento dado al debate costó una ruptura de

⁶ Traducción libre del original.

⁷ CAVALCANTI, Aline de Andrade Ramos. As experiências de parto de mulheres jovens da Várzea: O movimento de humanização do parto no contexto de grupos sociais vulneráveis. 66f. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

⁸ Esta tesis evidenciará que la creación de los hospitales respondió también a las necesidades sociales de las madres, sobre todo a las más pobres.

alianzas entre *Parto do Princípio* y *Movimiento Curador*⁹, en la producción de la película documental “*Denuncie os maus tratos no nascimento*” de la comadrona y socióloga brasileña Sandra Maciel, para quien era necesario romper con el guion sugerido por *Parto do Princípio* y, contrario a filmar y coleccionar relatos de partos espectaculares domiciliarios, investigó, denunció y filmó la asistencia y la situación del parto en los hospitales públicos. Para el *Movimiento Curador* estaba claro que lo prioritario era el tema de la realidad en la asistencia a los partos en la salud pública y no la apertura del mercado a partos domiciliarios. Sin embargo, en general, el movimiento en favor del parto humanizado estaba más comprometido con lo segundo. Aun así, fue en aquel entonces cuando en España la asociación *El Parto es Nuestro* organizó un fórum-debate en más de 50 salas de todo el país con el fin de debatir la exhibición de la película de Ricki Lake “*The Business of Being Born*”.

El carácter mediático de las estrategias y tácticas del movimiento y su fuerte dirección hacia el mercado me impulsaron en la planificación de mi segundo proyecto de investigación en 2011¹⁰ donde analicé la sutileza de categorías de la economía política en el discurso de los protocolos de asistencia humanizada. El resultado fue la constatación de la injerencia del Banco Mundial en el diseño de estas políticas que se encuentran en las bases del actual discurso de “evidencias científicas” para la atención al parto (Cavalcanti, 2014, pp. 55-74). Por consiguiente, la investigación anterior sugirió varias preguntas que ahora son objeto de una nueva investigación, formuladas a partir de lo que ya planteó Fraser (2009, p. 23): “¿Fue mera coincidencia que la segunda ola del feminismo y el neoliberalismo prosperaran en conjunto? ¿O había una afinidad electiva perversa, subterránea, entre ellos? Esta segunda pregunta parece una herejía, por cierto, pero sería peligroso no investigarla”.

Tales resultados me generaron -y siguen generando- una inquietante preocupación por el rumbo que estaba tomando la asistencia al parto desde la perspectiva de los derechos sociales y de la ciudadanía, en vista de la creciente expansión del mercado privado de asistencia, imbricada a una poderosa industria cultural.

III

En el escenario brasileño, a título de ilustración, ha crecido de manera exponencial el

⁹ Un grupo de jóvenes artistas y anarquistas que defienden la valorización política y un proyecto de retractación económica de las comadronas tradicionales de Brasil.

¹⁰ Cavalcanti, Aline de Andrade Ramos. *Liberdade para nascer: Uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário ativista*. 174f. Dissertação. (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

número de grupos de apoyo vinculados a la red *Parto do Princípio*. Para que se tenga una noción de su magnitud, en solamente una ciudad brasileña, São Paulo, hay más grupos¹¹ que todos los de la red *El parto es Nuestro* en España. Estos grupos brasileños se configuran como una red de servicios privados de asistencia al parto domiciliario. El carácter más preocupante de la popularización de estas prácticas, en este formato, es que lejos de ofrecer mayor acceso a la asistencia al parto, la ha limitado cada vez más dado que aparte del hecho de que los precios cobrados por los partos domiciliarios van más allá del poder de consumo de una ciudadana común, los grupos no cesan en crear una gama de servicios asociados al parto: desde los encuentros educativos (que en principio eran espacios políticos de intercambio de información y experiencias), hasta la producción de costes innecesarios que antes no existían en la asistencia, por ejemplo, el creciente mercado de películas y fotografías de parto que desde mediados de los años 2000 incita a las mujeres a parir prácticamente en un verdadero *reality show*.

El creciente mercado de profesionales asociados a este modelo de asistencia ha representado una enorme pérdida política para las mujeres que ahora se ven atrapadas en una red de competencias y disputas por su cuerpo en un momento altamente vulnerable y de cambios tan radicales en su vida. La explotación de sus necesidades, en ese periodo, se ha mostrado altamente lucrativa; nunca en toda la historia de la humanidad cada aspecto y ritual involucrado con la experiencia del parto y nacimiento ha sido tan explotado y mercantilizado.

De hecho, las estadísticas de los años 90, época en que el debate sobre la humanización de la asistencia al parto en las políticas públicas se consolidó a nivel global retrataban que el consumo en servicios de salud giraban alrededor de 1,7 trillones de dólares, que significaba 8% del PIB mundial en una variación de 4% del PIB de los países en desarrollo a 12% de los países desarrollados de alta renta, puesto que significaba un mercado potencial para la inversión del capital y su valorización (Frizon, 2000, p. 120). Las mujeres embarazadas en los EE. UU. son consideradas verdaderas minas de oro. Tal como afirmó Duhigg (2012, pp. 336-338), en 2010 se estimó que un padre o una madre común gasta 6800 dólares en productos para el bebé antes de su primer aniversario, pero eso no representa nada en relación con el lucro que pueden obtener por los hábitos de compra de los padres. En 580 hospitales americanos, las nuevas madres reciben regalos de Walt Disney Company, que en 2010 inauguró una división enfocada específicamente en *marketing* para niños. Así, Disney estima que el mercado de recién nacidos alcanza alrededor de 3,6 billones de dólares por año.

¹¹ Para más información: <<http://www.partodoprincipio.com.br/rede-gapp>>

En ese mismo sentido, Dale (2013) publicó en un periódico brasileño que la maternidad se ha convertido en un mercado muy lucrativo. En dicha publicación se explican las “excentricidades de un sector que mueve 50 billones de reales¹² al año, incluyendo cine de parto y TV conectadas a las guarderías”. El precio de la asistencia al parto es uno de los aspectos más preocupantes en ese contexto. Una noticia de BBC describe las dificultades de los padres para manejar las desigualdades de precio en distintos países del mundo. A título de ejemplo, en EE. UU., un parto normal puede llegar a costar 30 mil dólares y una cesárea hasta 50 mil dólares, según informaciones de Truven Health, una organización que levanta datos sobre salud (Della, 2015)¹³.

Entre tanto, sería ingenuo pensar que la industria cultural del parto y del nacimiento humanizado crece desconectada de todo este escenario. En realidad, se gestiona allí mismo, en su propio corazón, para su perfeccionamiento y su forma más avanzada, como se demuestra en esta tesis. Cada día se suman nuevos profesionales, autores, investigadores, *coaches*, expertos y gurús al campo del parto, la maternidad, la crianza y la lactancia, quienes con sus teorías van conformando un mercado con un sinnúmero de productos para el embarazo, el parto y el posparto.

Asociado a la explosión profesional, crece también de forma exponencial el mercado editorial, que toma hoy una misión casi imposible con el consumo de la literatura producida, dada la profusión de obras disponibles sobre el tema. La introducción de constantes técnicas y escuelas especializadas de parto, por ejemplo los *workshops* para el parto orgásmico, abren también una serie de productos de educación para el parto: programas de TV, series, cine documental, publicidad y propaganda, conferencias, formaciones, llegando incluso a ocupar numerosos grupos de investigación en las universidades.

Actualmente, existe un gran número de grupos y proyectos de investigación por todos los rincones del mundo, realizando investigaciones de gran magnitud: como la última encuesta epidemiológica sobre la situación de la asistencia al parto concluida en 2012, *Nascer no Brasil*, financiada por el Ministerio de Sanidad, que involucró más de 600 investigadores de todo Brasil; y el actual proyecto en el marco europeo, *EU Birth Research Project*, que involucra más de 100 colaboradores, intelectuales y artistas de 30 países alrededor de Europa. Ciertamente, desde el informe del Banco Mundial, *Invertir en Salud* de 1993, la creciente

12 Real: moneda brasileña.

13 El parto natural más caro del mundo está en la maternidad de Boston que llega a \$25 mil dólares.

investigación sobre las intervenciones en el parto ha sido elegida como un sector prioritario para la inversión de los organismos financieros internacionales (Banco Mundial, 1993).

IV

La constatación del evidente avance del movimiento social por la humanización del parto hacia el mercado advierte una brecha que había quedado abierta en mi última investigación y se me plantearon entonces algunas preguntas “heréticas”: ¿Cómo algunas feministas pueden colaborar con toda la serie de explotaciones económicas e injusticias sociales en contra de las mujeres en ese ámbito? ¿Cómo pudieron contribuir con la privatización del movimiento político y el avance del mercado hacia el cuerpo de las mujeres? Es posible que algunas corrientes feministas no estén totalmente de acuerdo en categorizar la lucha por la humanización del parto como una pauta de la agenda feminista. Empero, resulta necesario, e incluso urgente, aclarar desde un pensamiento crítico cómo esta pauta se inserta ya en el marco del nacimiento de los feminismos de la segunda ola en los años 70, tal como se verá en la tesis.

Por tanto, la tesis se propuso estudiar lo que conlleva el feminismo de la segunda ola frente a las políticas neoliberales que se estaban diseñando y expandiendo entre los 70 y los 90 por el mundo. Este es el período en que aparecieron las primeras revisiones críticas de las intervenciones en el parto en 1979, sobre todo la crítica a las tasas de cesáreas, con el apareamiento de la Carta de Fortaleza en 1985. La literatura sobre el tema hace referencia al importante papel del feminismo y del movimiento de mujeres para el surgimiento del debate, la construcción de modelos alternativos de asistencia, la expansión y la colaboración en el diseño de políticas públicas, protocolos y recomendaciones, por ejemplo, las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el parto normal.

En este orden de ideas, la tesis de la antropóloga Carmen Suzana Tornquist, *Parto e poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil (2004)* señaló que el movimiento feminista brasileño refutó en un primer momento, en los años 60 y 70, el tema del parto:

En el caso del movimiento feminista en Brasil, parece haber tenido un relativo rechazo al tema de la maternidad, del embarazo y del parto como relata Beatriz, que actúa, simultáneamente, en una tradicional ONG feminista paulista y en la REHUNA¹⁴: “Cuando yo entré en el grupo, nosotras hicimos una formación primero para trabajar con salud de la mujer que no incluía el embarazo y el parto, nosotras hasta jugábamos diciendo: es igual que una familia conservadora, si la chica se embaraza, la ponemos en la calle...”. Ella apunta para las dificultades con que el feminismo, post años 60, percibía las cuestiones ligadas a la

14 ReHuNa: Red por la Humanización del Parto y Nacimiento.

maternidad, visto tener se construido alrededor de la crítica a esta experiencia considerada – y celebrada – por la sociedad como destino y función de las mujeres. (Beatriz, médica, São Paulo). Sin embargo, la preocupación con el maternalismo había ocupado la agenda de los movimientos de mujeres anteriormente, como aquellos que se desarrollaron en el campo de la filantropía y beneficencia, en Brasil, en que actuaban mujeres de las elites; o mismo entre aquellos que acompañaron grupos políticos más amplios, como el anarquismo y el sufragismo, importantes actores del movimiento feminista, en América latina, en el inicio del siglo XX. Por otra banda, si echamos un vistazo sobre las diversas luchas sociales, emprendidas en Brasil y América Latina en las últimas décadas, podemos percibir la presencia de asuntos indirectamente conectados a la maternidad: luchas por guarderías, por acceso a camas y cualidad de atención, por una jubilación diferenciada para las mujeres, y, de forma paradigmática, las luchas protagonizadas por la Madres de la Plaza de Mayo, en el contexto de la dictadura argentina. Más allá, la prioridad de las cuestiones ligadas a salud y la sexualidad hicieron de esto un campo prioritario del movimiento feminista brasileño, que tuvo como resultado la elaboración del “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)” y sugiere un estatuto menos tenso para el tema de la maternidad en Brasil que en otros contextos. Según Sônia Correa, la temática del parto y del nacimiento fue uno de los temas extensivamente trabajados en la pauta de discusiones y de las investigaciones realizadas, en las últimas décadas, en Brasil, apareciendo junto de otros como aborto, lactancia, esterilización, cáncer cervical, cesárea, mortalidad materna y anticoncepción. (Tornquist, 2004, pp. 68-69)¹⁵

Cabe mencionar también la tesis de Carmen Simone Grilo Diniz, *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto* (2001), que relata que ya en el año 1985 las primeras recomendaciones para el parto expresadas en la “Carta de Fortaleza”, según su opinión, anticipaban todo el debate sobre derechos reproductivos que serían desarrollados en diferentes programas de acción resultantes de conferencias en la década de los 90, como la de *Población y Desarrollo* celebrada en El Cairo en 1994, y luego la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, en Beijing, en 1995 (Diniz,

15 Traducción libre del original: “No caso do movimento feminista no Brasil, parece ter havido um relativo rechaço à tematização da maternidade, da gravidez e do parto como conta Beatriz, que atua, simultaneamente, em uma tradicional ONG feminista paulista e na REHUNA: “Quando eu entrei no ‘grupo’, a gente fez uma formação primeiro pra trabalhar com saúde da mulher, mas era uma saúde da mulher que não incluía a gravidez e parto, a gente até brincava dizendo assim: é igual a família conservadora, se a moça engravida a gente bota ela pra fora...”. Ela aponta para as dificuldades com que o feminismo, pós-anos 60, enxergava as questões ligadas à maternidade, visto ter se constituído em torno da crítica à essa experiência, considerada – e celebrada – pela sociedade como destino e função das mulheres. (Beatriz, médica, São Paulo). No entanto, a preocupação com o maternalismo havia ocupado a agenda de movimentos de mulheres anteriormente, como aqueles que se desenvolveram no campo da filantropia e da benemerência, no Brasil, em que atuavam mulheres das elites; ou mesmo entre aqueles que acompanharam grupos políticos mais amplos, como o anarquismo e o sufragismo, importantes atores do movimento feminista, na América Latina, no início do século XX. Por outro lado, se nos debruçamos sobre as diversas lutas sociais, empreendidas no Brasil e na América Latina nas últimas décadas, podemos percibir a presença de assuntos indirectamente conectados à maternidade: lutas por creches, pelo acesso a leitos e pela qualidade no atendimento, pela aposentadoria diferenciada para mulheres e, de forma paradigmática, as lutas protagonizadas pelas Madres de la Plaza de Mayo, no contexto da ditadura argentina. Além disso, a priorização das questões ligadas à saúde e à sexualidade fizeram deste um campo prioritário do movimento feminista brasileiro, que teve como resultado a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e sugere um estatuto menos tenso para o tema da maternidade no Brasil do que em outros contextos. Segundo Sônia Correa, a temática do parto e do nascimento foi um dos assuntos extensivamente trabalhados na agenda das discussões e das pesquisas realizadas, nas últimas décadas, no Brasil, aparecendo junto de outros como aborto, amamentação, esterilização, câncer cervical, cesárea, mortalidade materna e anticoncepção”.

2001, p. 48). Para esta autora, parto y feminismo se articulan a partir del tema de la violencia de género, que era prominente en el seno del debate feminista de estos años y es donde se abrió un espacio para incorporar la asistencia al parto como parte de los múltiples debates y acciones del movimiento feminista y de organizaciones de mujeres no necesariamente feministas, entre estas *Birthlove* y *Birthpsychology* (Diniz, Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto ([Tesis doctoral], 2001).

En concordancia con la autora, el tema de la violencia ya venía siendo abordado en un trabajo pionero de la organización feminista *Grupo Ceres* en 1981, que incluía la vivencia de la asistencia al parto como violenta, así como por una serie de autoras y grupos que se vincularon al feminismo y contribuyeron a la noción de la asistencia al parto como forma de violencia de género, este es el caso de Rich (1986), Davis-Floyd (1992), BWHBC (1994) y Kitzinger (1992,1997) (tal como cita Diniz, 2001, pp. 49-50). Asimismo, la antropóloga Emily Martin (2006) destacó el movimiento de usuarias por la reforma del parto en EE. UU., que se dedicaron a denunciar la forma en que el parto era conducido en los hospitales -caso de *Childbirth Education Association* (CEA), *National Association for Parents and Professionals for Safe Alternatives in Childbirth* (NAPSAC), el C/SEC y el *Cesarian Prevention Movement*.

Del mismo modo, la tesis de la antropóloga española María Jesús Montes Muñoz, *Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*, al historiar las prácticas de asistencia al parto y la emergencia de protocolos que promueven los cambios, los presenta como fruto de la reivindicación feminista española en los años 70, “dirigidas hacia la recuperación de los procesos reproductivos. El cuerpo de las mujeres había sido expropiado por la medicina, esto es, definido y tratado sin considerar su voz y experiencias” (Montes, 2007, p. 61). Ella mencionó la contribución de Eleanor Taboada a grupos de mujeres y colectivos de salud que promovían la autoayuda, conocida bajo el concepto de *self-help*, que eran potentes catalizadores para el debate y las prácticas de autogestión del cuerpo. Además, según esta autora, los estudios más representativos de la OMS y sus recomendaciones para la asistencia al parto son políticas que responden a las reivindicaciones planteadas por Adrienne Rich y las feministas (Montes, 2007).

Igualmente, la antropóloga española Maribel Blázquez Rodríguez, en su tesis doctoral *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el*

caso del área 12 de la Comunidad de Madrid, explicó cómo el Movimiento por la Humanización del Parto en España se articuló con el movimiento feminista de aquellos tiempos. De acuerdo con la autora, las mujeres [del movimiento] “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” (Blázquez, 2009, p. 59). La autora confirmó la gran importancia de los Centros de Planificación familiar y toda la influencia del trabajo del Colectivo de Boston para el debate feminista, que también integra la cuestión del parto:

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 [...] Esta serie de aportaciones estaban en la línea de las propuestas del Colectivo de las Mujeres de Boston – dentro de la filosofía del *self-help*– 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. (Blázquez, 2009, p. 70)

La cuestión principal que sustenta el actual proyecto de investigación: es acabar de entender lo que se fraguó en los años 70-90 para comprender el momento presente, así como acabar de analizar lo que acontece actualmente en relación a la humanización del parto. De tal modo, el feminismo¹⁶ en esta investigación funciona como una pieza de un *puzle* en toda la serie de acontecimientos alrededor de la aparición de un tipo de asistencia al parto que se viene intentando terminar de elucidar.

Llegados a este punto, es preciso aclarar que esta investigación no tiene ningún compromiso o pretensión de historiar el movimiento feminista global o español, como tampoco la evolución de las diferentes corrientes o líneas teóricas, porque el foco es el Movimiento por la Humanización del Parto. Aun así, cabe precisar conceptualmente que el feminismo ha conllevado dos discursos diferenciados a lo largo del tiempo:

- 1) **Feminismo antirreproductivo**, es decir, un discurso autoconsciente y crítico de grupos de mujeres que defienden el derecho a la libertad de elección de no reproducir seres humanos, y con esto, toda la serie de técnicas corporales, médicas y políticas que

¹⁶ Es importante aclarar, desde el principio de esta tesis, que el concepto de feminismo es polifacético y polisémico, porque no deja de ser una disputa entre una multiplicidad de voces que lo han significado de maneras distintas. Aun así, buscando definirlo teóricamente, podría ser conceptualizado como un discurso autoconsciente y crítico sobre una peculiaridad biológica y/o cultural de las mujeres: la reproducción de seres humanos. Esta definición instrumental parte de la localización del problema social fundamental de las mujeres, bien enunciado por Simone de Beauvoir al afirmar que “toda la mujer consiste en el útero” (De Beauvoir, 2011).

garanticen esta pauta. Esta es una regularidad discursiva *notablemente hegemónica* que se sitúa en diferentes escalas de poder de la realidad social de las mujeres. Aquí se asocian las mujeres de diferentes corrientes feministas que defienden el aborto, la anticoncepción, las técnicas y las intervenciones reproductivas que garanticen la no reproducción biológica, entre otros.

- 2) **Feminismo reproductivo**, en otras palabras, un discurso autoconsciente y crítico de un grupo de mujeres que defienden el derecho de seguir reproduciendo los seres humanos con la máxima libertad de elección y toda la serie de técnicas corporales, médicas y políticas que garanticen esta pauta. Este es un discurso *notablemente marginal* con pretensiones de hegemonía en el interior de la lucha feminista y que se sitúa en diferentes escalas de poder en la realidad social de las mujeres. Aquí se asocian las mujeres que defienden la maternidad, el parto, la lactancia y la crianza, formando así diferentes corrientes feministas que perfeccionan y actualizan el feminismo sufragista/maternalista de principios del siglo XX.

Siguiendo el sentido de lo expuesto, la corriente reproductiva es la que se identifica con el Movimiento por la Humanización del Parto. Aun así, esta distinción conceptual no se presenta de forma pura en la realidad social y por tanto, en el presente trabajo se verá que este posicionamiento mantiene una serie de puntos de convergencia y de disrupción con el feminismo antirreproductivo. Por consiguiente, el objetivo central de esta tesis es describir y analizar las prácticas discursivas de una vertiente del movimiento feminista a partir de los años 70, buscando comprender su articulación con el debate por la humanización del parto y su posicionamiento frente al avance de una agenda neoliberal para la salud y más específicamente se propone lo siguiente:

- 1) Historiar las prácticas y discursos de la segunda ola del feminismo procurando comprender su contribución para el surgimiento de las políticas de humanización en la asistencia al parto.
- 2) Dilucidar cuáles son los principios que orientan los discursos y prácticas en la lucha feminista por la humanización del parto y reflexionar sobre su interlocución con la actual etapa de desarrollo del capital.
- 3) Profundizar el contexto del desarrollo de la Medicina Basada en Evidencias (MBE) y de la participación del Banco Mundial en la producción de una agenda global para la asistencia al parto.

- 4) Describir el desarrollo y la evolución de las redes de mujeres y feministas por la humanización del parto para analizar sus alianzas de trabajo a partir de casos ilustrativos.

Tomando prestado el concepto del poema de Bertolt Brecht *Preguntas de un obrero que lee*, son muchas las preguntas que surgen al hilo de lo que se expondrá en la tesis y se lee de la literatura y de los discursos de las mujeres: ¿Qué rol han jugado los organismos financieros en la producción de este mercado de asistencia al parto humanizado? ¿Y las instituciones? ¿Y los discursos feministas? ¿Cómo es posible que un movimiento históricamente crítico del orden social, cultural y económico puede haber sustentado o apoyado (consciente o inconscientemente) la construcción de políticas que amenazan la supervivencia, la liberación y la lucha política de las mujeres? ¿Por qué se presenta un aire contracultural, revolucionario y anticapitalista? ¿De qué manera todas las políticas monetarias se han orientado hacia el cuerpo de las mujeres en trabajo de parto como un discurso de liberación? o ¿Cómo una categoría del poder neoliberal –la libertad de elección– se ha transformado en un discurso de emancipación política y revolucionaria para las mujeres? ¿Cuál podría ser una referencia política para las prácticas de asistencia humanizada? En definitiva, se trata de hundir las raíces y así aclarar conceptual e históricamente lo que se ha gestado hasta el momento para reivindicar el parto humanizado y así evidenciar el mapa actual de tal reivindicación. Como se puede extraer de todo ello, existe una preocupación latente en toda la tesis doctoral sobre un primer punto que tiene que ver con el tema de la *privatización*, sobre como la representación del modelo de humanización del parto se permea en una serie de metáforas y prácticas que han llevado a las mujeres, sus cuerpos y necesidades a una posición de mercado potencial de explotación. Dichas lógicas tienen un efecto devastador para la garantía del derecho social fundamental de asistencia a la salud, puesto que actualmente millones de mujeres en el mundo tienen sus hijos sin acceso a ninguna asistencia profesional o a los servicios de salud en sus partos. Un segundo aspecto está relacionado con la *desmovilización* de la organización política de las mujeres, puesto que la organización del mercado de servicios de asistencia, según la lógica basada en la competencia, ha puesto a las organizaciones de mujeres -el contexto brasileño es un buen ejemplo- en disputa. Tales prácticas tienen un efecto asolador en la lucha política feminista al promover el enflaquecimiento de la solidaridad, del debate reflexivo y la organización política entre las mujeres (Cavalcanti, 2016). En consecuencia, todo ello comporta una relectura crítica de los presupuestos que han configurado el debate por la asistencia humanizada del parto que en cierta medida está lleno de contradicciones y ambigüedades.

A modo de paréntesis quisiera exponer por qué en la tesis doctoral introduje el eje vertebrador entre las reivindicaciones feministas por un parto humanizado y su posicionamiento en el contexto neoliberal. Una tarea propuesta por la filósofa estadounidense Nancy Fraser a los pensadores críticos de la realidad social es analizar e intentar explicar “cómo corrientes más radicales del feminismo de la segunda ola han sido cooptados o neutralizados por fuerzas neoliberales” (Fraser, 2015, p. 17).

Para desarrollar el análisis partí de la contribución de una serie de autores vinculados a la producción teórica feminista y la teoría crítica del reconocimiento (Braidotti, 2013; De Miguel, 2015; Falquet, 2006, 2008, 2012, 2013, 2014; Gefaell, 2015; Haraway, 1991; Morini, 2014; Walter, 2010; Fraser, 1991, 1997, 2001, 2007, 2009, 2011, 2012, 2014, 2015), así como del posestructuralismo y de intelectuales marxistas de distintos países que vienen pensando la condición neoliberal y postneoliberal desde los años 90 (Foucault 1979, 1995, 1996, 2001, 2004, 2008, 2009; Anderson, 1996; Borón, 1996; Bourdieu, 1998; Chomsky, 2004; Harvey, 2007, 2004; Oliveira, 1996; Therborn, 1996; Sader, 2013).

Todos ellos pueden ayudarnos a reflexionar sobre lo que se ha venido definiendo como “la economía del nuevo parto y nacimiento”, idea central que trata de investigar la tesis. Este título de la misma toma su inspiración en la contribución teórica de Foucault en el marco de su proyecto teórico sobre las biopolíticas (2008), es decir, en la línea de este autor que definió el concepto de “economía política” como “autolimitación de la razón gubernamental” (Foucault, 2008, p. 19) que trata de responder al problema del surgimiento de la población. Para Foucault (2008), la comprensión de la verdad económica en el interior de la razón de gobierno -el liberalismo- es una tarea fundamental para la aprehensión de la biopolítica, al ser esta la que permite “designar lo que hace con que la vida y sus mecanismos entren en el dominio de los cálculos explícitos, y hace del poder-saber un agente de transformación de la vida humana” (Foucault, 2009, p.155).

Lo anterior es así porque según el autor, en la racionalidad del gobierno neoliberal el Estado “debe dejarlo actuar con el mínimo posible de intervenciones, justo para que él pueda formular su verdad y proponer como norma y regla a la práctica gubernamental y ese sitio de verdad donde no se debe interferir es el mercado” (Foucault, 2008, pp. 40-44). Desde este planteamiento, el concepto de biopolítica se hace imprescindible en pos de comprender el contexto en el que se gesta gran parte de la reivindicación en favor de la humanización del

parto.

De acuerdo con lo anterior, comprendo por *La economía del nuevo parto y nacimiento* que el conjunto de técnicas corporales de asistencia al parto y nacimiento están orientadas por una racionalidad gubernamental neoliberal para la gestión de la vida de las poblaciones. En otras palabras, dicha economía se pauta por una serie de prácticas discursivas que el Estado y sus tecnologías, orientadas por el discurso de veridicción del mercado, han desarrollado en determinado período histórico para la gestión de la reproducción de la vida humana.

VI

La estructura de la tesis está organizada en seis capítulos. En los primeros tres capítulos presento una aproximación al estudio del parto humanizado y el feminismo; introduzco la arquitectura histórica y teórica que da soporte al análisis teórico-etnográfico de los tres últimos capítulos. En el primer capítulo explico el escenario político-económico que se desarrolló a lo largo del siglo XX para describir la aparición de nuevas prácticas de asistencia al parto. En el segundo capítulo menciono algunas ilustraciones que explican la *interface* parto y feminismo y hago eco de la reacción teórica de algunas autoras feministas al neoliberalismo; presento una breve genealogía de los movimientos por la humanización del parto; y para terminar, muestro una revisión de la literatura sobre la antropología del parto y el nacimiento, a fin de aclarar el *status* de la cuestión. En el tercer capítulo comparto la contribución teórica de algunas autoras feministas clásicas en el debate sobre parto. La propuesta es ilustrar el rol de perspectivas en dos puntos: primero, cómo algunas autoras clásicas/estratégicas del feminismo de la segunda ola enfocaron sus discursos con relación al parto; segundo, cómo estos se acercan o se alejan de los movimientos de mujeres por un parto respetado desde una perspectiva histórica.

En los tres últimos capítulos que se refieren a los resultados teórico-etnográficos se pretende dar voz a las narrativas del feminismo por la humanización del parto. Así pues, lo que expongo como resultado es una reconstrucción crítica de la historia de cómo surge el modelo de humanización de asistencia al parto desde la voz de activistas y/o feministas involucradas con el movimiento español. En el cuarto capítulo describo la historia y la relación del feminismo español con la emergencia del Movimiento por la Humanización del Parto en España. Para ello parto de una caracterización de los actores, de la historia, de las organizaciones y sus narrativas personales alrededor del feminismo y del parto. Además relato sus utopías políticas relacionadas con el parto y la salud de las mujeres. En el quinto

capítulo describo la estructura y organización del movimiento español, los profesionales, los servicios e injerencia en las políticas para terminar con el panorama de la lucha por la humanización. Concluyo con una breve discusión y análisis de los datos.

En el último capítulo hago una reconstrucción histórica del Movimiento por la Humanización del Parto tomando datos de la prensa feminista y dos ejemplos ilustrativos del propio movimiento –una película activista documental y la obra de Cochrane que inaugura la Medicina Basada en Evidencias. Este capítulo histórico es imprescindible porque no reproduce lo que hasta ahora se ha expuesto sobre lo acontecido del movimiento, sino que tiene la intención de llevarnos más allá del paradigma establecido y ayudarnos a entrever los entresijos de un movimiento que se inserta en un complejo sistema-mundo que articula y maneja muchos de los imperativos que nos gobiernan. Por último, introduzco a través de la prensa feminista española cómo este debate entró en el territorio español y en el movimiento feminista de base de aquellos años.

VII

Hasta el momento no he explicado por qué elegí estudiar el tema en España y no en otro lugar. Realmente fueron muchas las razones que motivaron el planteamiento de la presente investigación en territorio español; un primer aspecto se relaciona con el respeto a la tradición del país en seguridad social. En Brasil todavía sigue la memoria de la institucionalización de un modelo de atención médico asistencial privado que vino desde los años 1964 y 1973, como un reflejo de la intervención del Estado (Nagahama & Santiago, 2005). La apertura a una visión de salud como derecho social y universal solo apareció con el surgimiento del Movimiento por la Reforma Sanitaria a mediados de los años 80. Este movimiento reclamaba la existencia de un sistema de protección social pautado en los mismos principios de los *welfare state* europeos, con la creación de la Constitución Ciudadana de 1988, donde este tema fue tratado como prioridad (Gerschman, 2008; Maia, 2010)¹⁷. Por lo tanto, en contraste resulta de interés observar cómo se desarrolló el Movimiento por la Humanización del Parto en un país europeo como España que cuenta con una tradición en el sistema sanitario público, porque efectivamente el conocimiento de las prácticas sociales desarrolladas en un contexto distinto puede inspirar la imaginación y el diseño de nuevas tácticas de acción para otros países.

¹⁷ Es necesario aclarar que esta tesis no trata de realizar un recorte comparativo entre Brasil y España. El efecto comparativo parte únicamente del hecho de que mis referentes teóricos y empíricos se han construido desde ambos países. Por tanto, eventualmente establecer comparaciones es una tarea casi inevitable, sobre todo porque creo que puede ayudar a enriquecer y ampliar nuestra imaginación antropológica sobre el tema.

Un segundo factor que motivó la investigación en territorio español se relaciona con la fuerte actuación de la red de activistas *El Parto es Nuestro* que estoy siguiendo desde la Semana Mundial por el Parto Respetado en 2008. El trabajo de esta red fue un movimiento inspirador para la creación de mi proyecto *Madre Tierra*, en Brasil, y me parece fascinante la fuerza de sus tácticas para movilizar e influenciar las políticas públicas.

Un tercer factor que impulsó la investigación en este país se relaciona con la situación de la maternidad, que según datos de la ONG *Save The Children*, desde 2013 ocupa la séptima posición como mejor lugar del mundo para ser madre (*Save the Children*, 2013, 2014, 2015), partiendo de una serie de categorías socioeconómicas que evalúan la condición de las madres. El país también sostiene una baja tasa global de cesáreas (25%), aunque desde el discurso activista español sea considerada demasiado alta, en referencia a la creencia del Movimiento por la Humanización del Parto español en el patrón establecido por la Organización Mundial de la Salud desde 1985.

Asimismo, me ha resultado de interés, a nivel de estudio de caso, investigar el impacto de las ideas de las políticas neoliberales sobre las prácticas discursivas de humanización del parto en España y otras muchas otras cuestiones que plantearé en la segunda parte de esta tesis, las cuales abren la posibilidad de comprender un poco más, a partir de un caso concreto, todo el entramado de ejes interrelacionados en la reivindicación de la humanización del parto.

VIII

Los procedimientos metodológicos utilizados para realizar esta investigación se articulan en función de la formulación de dos hipótesis principales:

- La imagería neoliberal penetra en el movimiento feminista por medio de capacitaciones de organismos financieros internacionales, corporaciones, multinacionales y *think-tanks* neoliberales que financian las organizaciones y líderes;
- El movimiento feminista por la humanización del parto está orientado en sus principios para el mercado, organizando y articulando una red de servicios que promueve la privatización de la asistencia a la maternidad.

Considerando dichos enunciados hipotéticos, el diseño de la tesis planteó un recorte temporal entre los años 1970 y 1990 para analizar escenarios históricos que articulan los tres ejes de la investigación, a saber:

- 1) *Humanización del parto*: con el surgimiento de las primeras asociaciones de mujeres usuarias en Gran Bretaña y EUA para la reforma del parto (Odent, 2003; Martin, 2006); el primer informe de Cochrane sobre *Medicina Basada en Evidencias* en 1972 (Cavalcanti, 2014) y la publicación de las Recomendaciones de la OMS en 1996.
- 2) *Feminismo*: surgimiento de Centros de Salud feministas y los Colectivos de Salud para las mujeres, como el Colectivo de Boston (Diniz, 2005).
- 3) *Neoliberalismo*: la creación del Departamento de Proyectos Demográficos del Banco Mundial en 1969 (Frizon, 2000) y su injerencia en la Iniciativa Maternidad Segura en 1987 (Banco Mundial, 1993).

De hecho, dicho período, que va desde el inicio de la década de 1970 hasta la mitad de la década de 1990, resulta sumamente estratégico para comprender el nacimiento del modelo de humanización del parto. Para ello, partí de la literatura de la época que permite reconstruir lo que aconteció. Es a través de una investigación histórica, con bibliografía pertinente y a través de un mapeo de las reivindicaciones, de los referentes teóricos y de los contextos sociopolíticos de cada momento que se puede hilvanar el proceso discursivo-conceptual, que puede ayudar a dilucidar cómo se fueron tejiendo hasta configurar un todo: el propio contexto en el que emerge el tema de la humanización del parto.

Sin embargo, es el propio estudio de caso en España el que me permitió poner a prueba los enunciados hipotéticos, a razón de que ha supuesto una investigación cualitativa suficientemente contrastada con la realización de entrevistas en profundidad (semiestructuradas) a mujeres feministas por la humanización del parto y el estudio de archivo –análisis documental– de la prensa o revistas feministas correspondiente al período de 1970 hasta 1990. En este sentido, es importante resaltar que la prensa feminista no se configura como el objeto de investigación sino como una fuente de datos e informaciones que consideré valiosos para reconstruir la historia del Movimiento por la Humanización del Parto desde la producción de su discurso, es decir, desde su práctica social.

Con el objetivo de enriquecer el trabajo como técnica complementaria realicé observación participante en redes sociales, encuentros y eventos promovidos por las redes de mujeres/feministas por la humanización del parto en España y además análisis de películas documentales. Toda la información extraída me permitió hacer un análisis cualitativo de tipo descriptivo-explicativo desde una perspectiva multidisciplinaria, lo que se ha ido configurando en España con relación a la humanización del parto por parte de las mujeres activistas.

El criterio para elegir el estudio de archivo con la prensa fue su potencialidad para reflejar el *zeitgeist*, es decir, el espíritu del tiempo en que se desarrollaron los hechos, período en que germinaron políticas de humanización para la atención al parto, teniendo en cuenta la multiplicidad de voces, debates y discursos que emergieron en aquel contexto, con sus rupturas, reinventiones, novedades y regularidades. En resumen, la prensa ha posibilitado captar las condiciones históricas y la contextualización del discurso allí donde se produce.

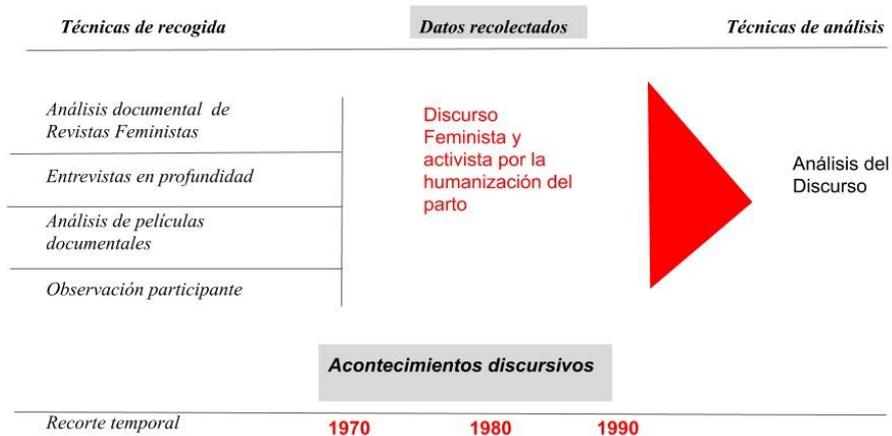


Figura 1. Moldura metodológica de la tesis

Fuente: elaboración propia

Por lo que se refiere al análisis documental, es una técnica clásica de la ciencia antropológica por su capacidad para reconstruir y permitir la descripción de un proceso de desarrollo personal o grupal (Angell & Freedman, 1987, p. 287). La elección de esta técnica fue estratégica, puesto que el proyecto de investigación buscó recoger información histórica que permitiera explicar teóricamente el surgimiento de un movimiento de mujeres que debatiera sobre el parto. El contacto con la producción cultural escrita del movimiento feminista ofreció, desde este punto de vista, la posibilidad de comprender cómo se construyeron las ideas, los discursos y las prácticas desde la mirada y la voz de los propios actores involucrados. En este sentido, según Angell y Freedman (1987), el uso de documentos expresivos como fuente de datos constituye un excelente control de los datos obtenidos, especialmente porque no se encuentran bajo el esquema conceptual del investigador, por eso resultan muy adecuados para la recogida de pruebas negativas.

Sin embargo, algunos límites me fueron desafiantes, entre ellos la propia definición de una

muestra representativa de los documentos producidos en la época. Aun así, conforme se fue avanzando en el estudio, poco a poco todo fue cobrando sentido, tal como muy bien explica Valles (2003, p. 94): “Las selecciones de informantes, episodios e interacciones van siendo conducidas por un planteamiento conceptual, no por una preocupación por la representatividad [...] La mayor preocupación es por las condiciones bajo las cuales el constructo o la teoría opera, no por la generalización de los resultados en otros contextos”.

No obstante, debido a los límites de tiempo establecidos por el cronograma, fue imperativo hacer algunos recortes y enfocar la información estratégica necesaria que fuese satisfactoria para contrastar suficientemente las preguntas propuestas en la investigación, lo que no resultó ser una tarea fácil. La aproximación a la prensa feminista española se dio a partir de la lectura de los trabajos de algunos autores (Marrades, 1978; Puñal, 2001; Matilla, 2001; Sánchez, 2009; Muro, 2013) que han permitido conocer la magnitud de la producción de la prensa femenina y feminista en el Estado español, desde el siglo XIX hasta los días actuales. En este sentido, es importante definir previamente cuál es el concepto de “prensa feminista” adoptado para la realización de la colecta de datos, vista la existencia de una prensa femenina (la literatura producida para las mujeres) que aparece siempre en la literatura confundida con la feminista. Así, para establecer los límites de esta investigación, se toma como fuente de datos la prensa feminista, una literatura producida por mujeres que reivindican la orientación política feminista, esto quiere decir que tiene por objetivo la lucha por los derechos de las mujeres. En suma, una publicación que esté políticamente comprometida con las mujeres, la justicia y la igualdad social y de género.

Partiendo de ese punto, el itinerario de las lecturas sobre la prensa feminista empezó con un breve recorrido histórico sobre la prensa feminista desarrollada en Europa y EE. UU., a partir del siglo XIX. Puñal (2001) relató la aparición de una serie de publicaciones como parte de la iniciativa y de la lucha de algunas feministas en distintos países, como el periódico *Isis* de Elizabeth Sharples, *The Revolution* de Susan Anthony, *La Fronde* en el que trabajó Caroline Rémy y Héléne Sée, entre otras.

En el contexto español, la historia de la evolución del movimiento feminista desde finales del siglo XIX hasta el primer tercio del siglo XX se reflejó en las publicaciones que emergieron como parte de la táctica de la organización de mujeres, por ejemplo: *La Voz de la Mujer*, editada entre 1917 y 1931, conectada al órgano Unión del Feminismo Español; la revista *Mundo Femenino* de la Asociación Nacional de Mujeres Españolas (ANME); la

revista *Cultura Integral y Femenina* de La Cívica; la revista *Mujeres* del Comité Nacional de Mujeres contra la Guerra y el Fascismo (Matilla, 2001), entre otras.

Dada la magnitud del universo de las publicaciones feministas en España se tuvo que acotar la selección de revistas feministas a un período histórico concreto. Tras una extensa revisión y análisis de la prensa feminista española se halló una serie de publicaciones de los años 70 que reflejan, en su conjunto, la pluralidad del movimiento feminista español de aquellos tiempos. De acuerdo con Sánchez (2009), en los años 80, la prensa feminista no consigue mantenerse en el mercado –salvo revistas de moda y “del corazón”– pero, aun así, se citan algunas publicaciones. De modo que sobre la base de un recorte temporal se hizo un primer listado de revistas que permitieron una aproximación y análisis inicial sobre la pertinencia del trabajo con estos documentos. Esta selección de revistas más importantes del período de transición son las siguientes¹⁸: *Dones en Lluita* (1977-1983), *Mujeres* (1984-1996), *Poder y Libertad* (1980-1998) y *Vindicación Feminista* (1976-1979). Asimismo, a través del informe de Muro (2013), se pudo conocer, indagar y revisar, de forma exhaustiva, el debate sobre parto en la producción académica de estudios españoles feministas y de género a partir de los años 90. Finalmente, identificado el universo de las revistas con las cuales se pretendía trabajar, surgieron algunas limitaciones y dificultades que podían comprometer una revisión exhaustiva de los archivos, al no tener acceso a la colección completa de las revistas. Es decir, no siempre estaban disponibles todas las ediciones. Por lo que finalmente se articularon tres estrategias para acabar de configurar la disponibilidad de un listado definitivo de revistas completas de orientación feminista:

1. Búsqueda *online* En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda exploratoria en el directorio Google de revistas feministas *online*. Así, se encontró la revista *Mujeres y Salud*, *Tribuna Feminista* y una amplia producción académica de estudios feministas y de género. Empero, no todos los textos estaban disponibles en PDF.
2. Bibliotecas En segundo lugar, se buscó publicaciones en la red de bibliotecas de Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Allí se halló una parte considerable de la prensa feminista de los años 70 aportada por la literatura (Sánchez, 2009). También se consultó la red de bibliotecas especializadas de la Generalitat de Catalunya.
3. Centros de Documentación En tercer lugar, se buscaron las revistas contactando el centro de del Instituto de la Mujer documentación vinculado al Institut Català de les Dones (ICD), el Centro de Documentación de *Ca La Dona* y la Biblioteca Francesca Bonnemaison. En

¹⁸ Disponibles en la biblioteca de revistas de la UAB.

estos centros se contactó con los catálogos del Institut Català de les Dones y de la Biblioteca Francesca Bonnemaison que estaban *online*; y el de la organización Ca la Dona que se pudo consultar con visitas presenciales.

A partir de entonces, se llegó a un nuevo universo de la prensa existente que amplió lo que había aportado la literatura. En primera instancia, se sometieron los catálogos del Institut Català de les Dones y Ca la Dona a un recorte temporal de publicación entre los años 70 y 90¹⁹. Sobre la base de ese listado se analizó cada revista de acuerdo con algunos criterios, a saber:

- a) Estar vinculada a una organización o colectivo feminista.
- b) Tener como eje de publicación la promoción de la liberación de la mujer y/o la sexualidad y salud reproductiva.
- c) Diversidad de los grupos y voces.
- d) Pertenecer a un grupo o movimiento español.

A raíz de lo expuesto, la muestra resultante²⁰ distinguió dos grupos de publicaciones: “Prensa Feminista Institucional” y “Prensa Feminista Panorámica”. El primer grupo estaba relacionado con las publicaciones de órganos femeninos del gobierno español dirigidos a la promoción de políticas para ellas. En dicho grupo se hallaron solamente 6 publicaciones.

- *Emakunde* (Revista del Instituto Vasco de la Mujer)
- *Mujeres* (Revista del Instituto de la Mujer)
- *Ocho de Marzo* (Revista de la Dirección General de la Mujer de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales)
- *Treballadora* (Boletín de la Secretaría de la Dona)
- *Revista del Departamento de promoción de la Mujer en Afro-vasco*
- *Meridiana* (Revista del Instituto Andaluz de la Mujer)

El segundo grupo estuvo conformado por un conjunto de publicaciones que parecieron estratégicas para aportar un panorama histórico general de la lucha feminista a nivel global y

¹⁹ La amplitud y diversidad del material disponible en el Institut Català de les Dones y el acervo de Ca la Dona hizo descartar el trabajo con la Biblioteca Francesca Bonnemaison, sobre todo porque allí los periódicos disponibles estaban fuera del recorte temporal de la investigación.

²⁰ Quedaron descartadas 3 revistas en el ICD y 42 en Ca la Dona, al ser de la prensa feminista internacional (escritas en distintos idiomas) o relacionada con otros ámbitos (educación, cultura, trabajo o de movimientos de homosexuales y lesbianas).

en Europa. En este grupo se encontraron 15 publicaciones.

- *Cuadernos de Mujeres de Europa*
- *Entre Nous: La revista europea de salud reproductiva y sexual*
- *Mujeres de Europa*
- *Agenda Salud*
- *Cuadernos Mujer Salud*
- *La Mujer 2000*
- *Revista Mujer Salud*
- *Wide - Mujer en el desarrollo en Europa*
- *Revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*
- *Revista de la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Sexuales y reproductivos*
- *Noticias de la Red Europea de Mujeres*
- *Mujeres en Acción*
- *Cuadernos para el Diálogo*
- *La condición Jurídica y Social de la Mujer*
- *Dossier Ciudadano: Hacia la Igualdad de la Mujer*

Seguidamente, se localizó una muestra significativa de la prensa feminista producida por los movimientos de base de los años 70:

- *Dones en Lluita*
- *Vindicación Feminista*
- *La mujer y su Lucha*
- *Emancipación*

Producidas en los años 80:

- *Entre totes*
- *Centre de Dones: Quadern*
- *La mujer feminista;*
- *Poder y Libertad*
- *Madrid Feminista*
- *Tribuna Feminista*
- *Mujeres y Salud*

Por último, en los años 90:

- *Xarxa Feminista*
- *Luna*
- *La Boletina*
- *Sal*
- *Parlar amb Dones*
- *Lambroa*
- *Mujeres y Salud*
- *Miradas*
- *Amaranta*
- *Andamana*

La caracterización de la muestra está organizada por el título, el período en años de los volúmenes consultados, las autoras y/o grupos de feministas asociados a la revista y la localización del material. Para ello se creó una ficha (ver Anexo I) y se enlistó en formato de pequeñas reseñas la muestra final de revistas que se analizaron (Anexo II). Entre los 36 títulos consultados, 10 de ellos son colecciones completas, es decir que se tuvo acceso a todas las ediciones que fueron publicadas.

- *Vindicación Feminista*
- *Dones en Lluita*
- *Femmes d'Europe/Mujeres de Europa*
- *Poder y Libertad*
- *Mujeres*
- *La boletina*
- *La mujer feminista*
- *Luna*
- *Emakunde*
- *Ocho de Marzo*

Sobre las demás, solo se pudieron consultar los volúmenes disponibles. En algunas, por tratarse de revistas muy rústicas de movimientos más localizados, resultó difícil escribir algo sobre el grupo o indicar la historia de la publicación, puesto que ni el mismo centro de

documentación disponía de la información. El hecho es que se encontraron muchas más revistas de las que se fue capaz de recolectar, consultar y analizar, por lo que es un trabajo que sigue abierto para otros investigadores, dada la gran riqueza de contenido del material y las diferentes perspectivas y recortes que se pueden dar sobre él. Sin embargo, también cabe señalar que igual que pasa en el trabajo de campo etnográfico, la repetición de temáticas fue agotando el trabajo de recogida de información. Aun así, entre todas las revistas, *Vindicación Feminista* resultó ser el más fascinante retrato cultural del movimiento feminista de los años 70 por la complejidad de temas y artículos que abordaba. El *Boletín de la Red Mundial por los Derechos Reproductivos* también fue una revista valiosísima por el contexto que aporta al debate sobre reproducción a nivel global, y aportó muchas informaciones estratégicas para esta investigación.

En cuanto a la técnica de la entrevista en profundidad, el objetivo era contrastar y complementar la información recogida en las revistas feministas. De hecho, en las revistas el tema por la humanización del parto no es prioritario en el contexto de los movimientos feministas de base; aun así, se ha encontrado información relevante sobre los partos y la historia en noticias y artículos que confirman esta articulación con algunos sectores del feminismo español. De aquí que entrevistar algunos actores que estuvieron viviendo aquellos contextos permitiera terminar de comprender el origen del movimiento y los niveles de asociación con el feminismo de aquellos tiempos. Asimismo, se recogió la trayectoria de los actores involucrados en el movimiento español, permitiendo así la producción, registro y descripción de las prácticas del movimiento social actual.

La estructura de la entrevista se basó en tres bloques: trayectorias feministas, trayectorias en la lucha por la humanización del parto y las experiencias de parto y maternidad. El diálogo siguió un guion semiestructurado (ver Anexo III) que funcionó como incentivador de discurso para ir profundizando en algunos aspectos que resultaron relevantes tanto para la comprensión histórica y política de la lucha en España, como para las hipótesis de investigación. Empero, el proceso de la conversación con las activistas no fue neutral y objetivo, sino que confirmó que tal actitud es de hecho “una quimera utópica, no solo inalcanzable, sino indeseable” (Ruiz & Ispizua, 1989). El relato de sus trayectorias, experiencias y creencias respecto al parto resultaron una experiencia emocionante, de mutuo enriquecimiento y aprendizaje: lloramos juntas con los relatos de violencias, nos reímos,

compartimos experiencias, contrastamos visiones de los límites políticos y necesidades. Y la investigadora tampoco fue la única interrogante del proceso. Los interlocutores tenían muchas preguntas para hacerme –sobre cómo fueron mis partos, la situación de la asistencia global al parto, el movimiento en Brasil, mi proyecto, mis referencias teóricas, entre otros. Y cada entrevista suponía nuevas preguntas, nuevos aprendizajes y una colaboración mutua. Es posible que tal postura va en dirección contraria a la actitud generalmente colonialista del investigador social. Para Clifford (2002, p. 20), por ejemplo, la experiencia concreta está envuelta de contingencias y raramente sobrevive a los ideales de la investigación, pero este es un medio de producir conocimiento a través de la intensa implicación intersubjetiva. En ese sentido, la presente investigación acoge también principios de la metodología feminista que presupone que las mujeres son capaces de comprender la sociedad y su estructura, eminentemente, porque viven en ella (Terragni, 2005, pp.145). Así pues, la comprensión profunda de la lucha de las mujeres por la humanización del parto resulta posible debido a que es parte de una experiencia social y política compartida, también por la investigadora de esta tesis. En este sentido, la filósofa feminista norteamericana Donna Haraway afirmó que la objetividad científica feminista puede ser comprendida como “conocimientos situados”:

La alternativa al relativismo son los conocimientos parciales, localizables y críticos que admiten la posibilidad de conexiones llamadas “solidaridad” en la política y “conversaciones compartidas” en la epistemología. El relativismo es una manera de no estar en ningún sitio mientras se pretende igualmente estar en todas partes. La “igualdad” de posicionamiento es una negación de la responsabilidad y de búsqueda crítica. El relativismo es un perfecto espejo gemelo de la totalización en las ideologías de la objetividad. Ambos niegan las apuestas en la localización, en la encarnación y en la perspectiva parcial; ambos impiden ver bien. (Haraway, 1991, pp.329).

Por ende, la actitud crítica, mutuamente colaborativa y “parcial” del proceso de investigación en realidad es parte de un proyecto teórico que Bourdieu llamó “demolición intelectual” necesaria en tiempos neoliberales:

Lo que defiendo sobre todo es la posibilidad y la necesidad del intelectual crítico, y principalmente crítico de la *doxa* intelectual que los doxósofos difunden. No hay verdadera democracia sin verdadero contra-poder crítico [...] Es por eso que considero el trabajo de demolición del intelectual crítico [...] tan peligroso cuanto la demolición de la cosa pública.²¹ (Bourdieu, 1998, pp. 17-18)

Además del análisis documental y de las entrevistas en profundidad, se utilizó también

21 Traducción libre del original: O que defendo acima de tudo é a possibilidade e a necessidade do intelectual crítico, e principalmente crítico da *doxa* intelectual que os doxósofos difundem. Não há verdadeira democracia sem verdadeiro contra-poder crítico. O intelectual é um contra-poder, e de primeira grandeza. É por isso que considero o trabalho de demolição do intelectual crítico [...] tão perigoso quanto a demolição da coisa pública.

como técnica privilegiada el análisis del discurso, sobre todo para el tratamiento y articulación de toda la información recogida. Son muchas las contribuciones teóricas para el manejo de esta técnica de investigación. Aquí se toma como base la perspectiva foucaultiana de análisis (Foucault 1995, 1996, 2009). Muy claramente explicada a través de esta cita que ilustra como la sexualidad emerge en un contexto específico.

No considerar que existe determinado dominio de la sexualidad que depende por derecho de un conocimiento científico desinteresado y libre, pero sobre el cual las exigencias del poder — económicas o ideológicas— hicieron pesar mecanismos de prohibición. Si la sexualidad se constituyó como dominio por conocer, tal cosa sucedió a partir de relaciones de poder que la instituyeron como objeto posible; y si el poder pudo considerarla un blanco, eso ocurrió porque técnicas de saber y procedimientos discursivos. (Foucault, 2009, pp.108-109)²²

Siguiendo a Foucault, se trata de buscar la emergencia de un acontecimiento discursivo, no por el análisis de sus estructuras lingüísticas, sino en las condiciones históricas que permiten su aparición, puesto que el discurso no se pauta en un sentido o una verdad, sino en una historia y una historia específica (Foucault, 1995). La tarea es comprender la historia de los acontecimientos discursivos para entender su funcionamiento en el “tejido documental, unidades, conjuntos, series, relaciones” (Foucault, 1995, p. 7). Es decir, toda una serie de informaciones son las que permiten reconstruir la historia de una práctica discursiva. En este sentido, para cumplir con el análisis fielmente es preciso centrarse en los acontecimientos, a fin de reconstruir la trayectoria de los enunciados, buscando lanzar la luz sobre los contextos en que se desarrollan y todo el juego de relaciones que se combinan, tal como define el propio Foucault (1995, p.30): “Así aparece el proyecto de una descripción pura de los acontecimientos discursivos como horizonte para la búsqueda de las unidades que en ellos se forman. Esta descripción se distingue fácilmente del análisis de la lengua”²³.

En la tesis que se presenta, el recorte temporal dado en la captación de la muestra de la prensa feminista es ideal para dilucidar los discursos de humanización del parto, porque permite el análisis de la historia, del contexto de su aparición, del escenario político y económico que colaboraron en la *práctica discursiva*. De hecho, la comprensión y el análisis de la articulación entre el feminismo de la segunda ola, las luchas por humanización del parto

22 Traducción libre del original: Não considerar que existe um certo domínio da sexualidade que pertence, de direito, a um conhecimento científico, desinteressado e livre, mas sobre o qual exigências de poder – econômicas ou ideológicas – fizeram pesar mecanismos de proibição. Se a sexualidade se constitui como domínio a conhecer, foi a partir de relações de poder que a instituíram como objetivo possível; e em troca se o poder pode tomá-la como alvo, foi porque se tornou possível investir sobre ela através de técnicas de saber e de procedimentos discursivos.

23 Traducción libre del original: “Aparece, assim, o projeto de uma descrição dos acontecimentos discursivos como horizonte para a busca das unidades que aí se formam. Essa descrição se distingue facilmente da análise da língua”.

y el imaginario neoliberal emergente implica comprender la serie de encadenamientos históricos sucesivos que se insieren en una estrategia global (Foucault, 2009).

Además, la tesis añade, como técnica complementaria, el análisis documental de películas²⁴, partiendo del aporte teórico-metodológico de algunos autores como Denzin (2004), Penafria (2009) y Gómez, Hellín y San Nicolás (2012). Según Gómez, Hellín y San Nicolás (2012), la metodología de análisis del discurso en el cine trata “no de analizar cualquier discurso científico, sino el discurso social del cine” (Gómez, Hellín, & San Nicolás, 2012, p. 4). En este sentido, la propuesta de análisis es destacar algunos discursos que permitan comprender la constelación de prácticas sociales que conforman históricamente la lucha feminista por el parto humanizado desde los años 1970. En este caso, el procedimiento pasa por la reflexión sobre las relaciones que puedan existir entre el contexto histórico, el argumento fílmico, los personajes, así como, su diálogo con la realidad social. En mi trabajo de máster en sociología *Liberdade para nascer: Uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário ativista (2014)* aprendí que la producción fílmica sobre parto es una fuente muy rica de datos que abren diferentes campos de investigación por la complejidad de temáticas, representaciones, prácticas y miradas que se pueden explorar. En la presente tesis analizaré la película *Birth Story: Ina May Gaskin & The farm midwives (2013)*. El procedimiento de análisis pasa por cuatro etapas: 1. sentir [mirar la película y apuntar temas, escenas, sensaciones que me aportan en la primera mirada]; 2. *decoupage* [transcripción y descripción de escenas y voces]; 3. Sistematización en bloques de temas [convergencia entre preguntas de investigación y método de análisis]; 4. Discusión [reflexión teórica/histórica del discurso]. Todos ellos permiten extraer datos y analizarlos, permitiendo comprender el contexto de un episodio histórico importante del desarrollo del Movimiento por la Humanización del Parto, el movimiento por el parto natural en EE.UU., más concretamente la experiencia vivida en la comunidad alternativa americana *The Farm*.

Para finalizar, también se utilizaron los diarios de campo, en los cuales se registró una serie de percepciones y eventos que se pudieron observar directamente del movimiento por la humanización español. Como por ejemplo, mi participación en la asamblea de socias de *El Parto es Nuestro 2016*; mi visita a la Asociación *Titània-tascó y Migjorn*; mi observación de

²⁴ Tesina de máster en sociología (Cavalcanti, 2014) en la que se analizaron películas activistas sobre parto a través de dichos autores.

las redes sociales de *Dona Llum*, *El Parto es Nuestro* y de activistas del movimiento; así como las dinámicas de la Asociación *Ca la Dona*, donde he realizado parte de mi trabajo de campo con revistas.

IX

Finalmente, se pretende compartir en este apartado dos cuestiones relacionadas con la ética que fueron preocupantes en el curso de la investigación. Se observó que los resultados de esta tesis ofrecen dos riesgos potenciales, uno para la investigadora y otro para los entrevistados. El primero está relacionado con que los resultados causen un posible conflicto político de intereses en el interior del Movimiento por la Humanización del Parto español y, el otro, con los estereotipos que pueden recaer sobre las activistas entrevistadas.

Con relación al conflicto político, este puede advenir de la articulación de los discursos con la doctrina neoliberal de los actores. Dicha problemática fue presentada de manera pública a todos los participantes de distintas formas. En un primer momento, en el contacto por correo electrónico se dejaron explícitos los objetivos de la tesis, el planteamiento crítico del neoliberalismo y el compromiso político con una visión de salud vinculada a los derechos sociales fundamentales, es decir, los derechos de la ciudadanía. Este es un aspecto importante a resaltar, porque hay una clara distinción del abordaje discursivo de los Derechos Humanos desarrollado por los organismos internacionales, y el abordaje de los Derechos Sociales y de Ciudadanía que se construyó históricamente desde la lucha de los trabajadores.

En un segundo momento, se compartió el proyecto en el contexto de una asamblea de activistas de *El parto es Nuestro*, donde también se aclararon los objetivos de la investigación. Se compartió personalmente, a título de introducción de cada entrevista, la trayectoria, los descubrimientos y el objetivo general de la tesis. Así, la carta de consentimiento informado deja clara la libre voluntad de participación y el derecho de los participantes a recibir cualquier aclaración sobre la tesis.

Para evitar cualquier estereotipo relacionado con los entrevistados o con el movimiento, todas las entrevistas serán mantenidas en absoluto anonimato, siendo únicamente manejadas por la investigadora. En la reproducción de los discursos ilustrativos se ha preservado las identidades de los informantes, de conformidad con lo acordado en la carta de consentimiento informado (Anexo IV), con el propósito de evitar cualquier indicio que pueda identificar los entrevistados y las organizaciones a las que pertenecen.

Por consiguiente, es necesario señalar que el estudio centra su análisis en las ideas y en las prácticas sociales discursivas. No se trata de una valoración de carácter personal o moral de los actores e instituciones. La investigadora, por toda su trayectoria personal en el campo del activismo a favor del parto humanizado, reconoce y alaba la dedicación y la pasión con la cual todos los actores entrevistados se entregan en pro de una causa que creen de gran significado político para sus vidas, trayectorias personales y la sociedad. A manera de conclusión, se registra aquí un profundo respeto a todos los que prestaron su voz e ideas para que este trabajo fuera posible. De no ser así, hubiese sido imposible avanzar en la reflexión del ámbito actual de investigación. De tal modo, se afirma, por fin, el compromiso con el respeto a las buenas prácticas y normas éticas de la investigación científica.

La tesis así planteada corona un largo ciclo de reflexión y de estudios sobre los debates más actuales en el ámbito de investigación. Es un deseo imperante que este trabajo contribuya a la radicalización de la lucha política de las mujeres y a la construcción de vías alternativas auténticamente revolucionarias, que puedan reconocer la superación de la injusticia económica como una condición fundamental, para garantizar la dignidad de la asistencia al parto en un sistema que ofrezca los patrones más elevados de forma pública, gratuita y universal.

Las mujeres tienen asignada la tarea de redefinir las prácticas adoptadas hasta hoy por la humanización del parto; buscando ampliar el enfoque del debate centrado en la crítica de los protocolos y de los modelos de asistencia, hacia la necesidad de incorporar la dimensión social y el tema de la *justicia redistributiva*. Es decir que el objetivo central es colaborar en la solución al problema del acceso a la tecnología de asistencia para las mujeres, que está disponible hoy para algunas con capacidad económica para costearla. Por lo tanto, una de las principales perspectivas que se propone es ofrecer una herramienta analítica que impulse *la imaginación creativa de las mujeres*, para desarrollar un modelo alternativo a la mercantilización de la asistencia que garantice a todas el *derecho de acceso a los servicios* en diversas partes del mundo.

Aline de Andrade Ramos Cavalcanti

Barcelona, 21 de mayo de 2019

PARTE I: Moldura histórica y teórica de la aparición del parto humanizado

1 Neoliberalismo, parto y humanización: aproximación al debate

Tratase, al revés, de obtener una sociedad indexada, no en la mercancía y en la uniformidad de la mercancía, pero en la multiplicidad y en la diferenciación de las empresas.

Michel Foucault

Para entender, desde una mirada crítica, el surgimiento del alegato por el parto humanizado hace falta entrever, como si de una puesta en escena de una obra de teatro²⁵ se tratara (con sus personajes, múltiples historias y escenografía), todo aquello que formó parte del contexto y que actuó como telón de fondo. De aquí que este primer capítulo trate de descubrir, desnaturalizando la mirada, el escenario que posibilitó y determinó la reivindicación por el parto humanizado. Por ello es necesario iluminar lo oscuro, lo complejo, posicionarnos como espectadores críticos, tomando distancia, y a la vez como parte del elenco para deconstruir la obra (Romero, 2008). De hecho, lo que trato es de sacar a la luz lo que orientó la vertebración de una estructura, un modo de pensar la realidad, que ha penetrado en los intersticios de la historia experimentada por todos y todas. En el proceso de deconstrucción pareciera que las piezas están desconectadas, pero poco a poco van entrelazándose hasta configurar el *escenario* de una realidad construida que influye mayormente en todo. Empecemos pues por el *telón de fondo* de la doctrina neoliberal, por una breve exposición histórica y teórica que informa del surgimiento de esta doctrina.

1.1 La doctrina neoliberal y la revolución del capitalismo: algunas claves

Perry Anderson, en su análisis “*Balanço do Neoliberalismo*” (1996), explica que las prácticas neoliberales nacieron después de la Segunda Guerra Mundial en Europa y América del Norte, donde imperaba el capitalismo avanzado, como una reacción teórica y política al *Estado Intervencionista y de Bienestar*. El autor nombra la obra *O caminho da servidão* de Friedrich Hayek como un texto fundador de esa nueva ola del liberalismo, en el que hace un ataque apasionado en contra de cualquier limitación de los mecanismos de mercado por parte del Estado, y lo califica como una amenaza a la libertad económica y política (Anderson, 1995, p. 9).

Por su parte, David Harvey (2007), al historiar el desarrollo del neoliberalismo entre los

²⁵ Para esta breve introducción se ha tomado prestado la experiencia en forma de narrativa titulada “La metáfora del teatro, un modo de pensar el camino recorrido” (2013) <https://tableromte2013.wordpress.com/2013/12/03/la-metáfora-del-teatro-un-modo-de-pensar-el-camino-recorrido/>

años 70-90, afirma que los fundadores del pensamiento neoliberal pusieron el ideal de dignidad y de la libertad individual como pilar fundamental de la civilización. Para ellos, estos valores se veían amenazados no solo por el fascismo, dictaduras y comunismo, sino por todas las formas de intervención estatal que sustituían las valoraciones colectivas de la libertad de elección de los individuos. Para estos pensadores, las libertades individuales se garantizaban mediante la libertad de mercado y de comercio, rasgo central del pensamiento neoliberal (Harvey, 2007, p. 11). Según el autor:

El neoliberalismo es, ante todo, una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo dentro de un marco institucional caracterizado por mercados libres y libertad de comercio. El papel del Estado es crear y preservar el marco institucional apropiado para el desarrollo de estas prácticas. [...] Sostiene que el bien social se maximiza al maximizar el alcance y la frecuencia de las transacciones comerciales y busca atraer toda la acción humana al dominio del mercado. (Harvey, 2007, pp. 6-8)

En un principio, estas ideas se formularon en el interior de un círculo reducido de intelectuales –entre ellos Ludwig Von Mises, Milton Friedman y, durante un tiempo, Karl Popper– que se aglutinaron alrededor de Friedrich Hayek para crear un grupo llamado *Mont Pelerin Society*, en 1947. Los miembros de ese grupo se reconocían como “liberales” –en el sentido tradicional europeo–, debido a su compromiso político con el ideal de libertad individual, indicando también la defensa con los principios del libre mercado, adoptados por la economía neoclásica de la segunda mitad del siglo XIX (Harvey, 2007). En resumen, tal como argumenta Harvey (2007), la doctrina (así llamada por el autor) neoliberal nació como una oposición a las teorías que defendían el intervencionismo estatal, como la de John Maynard Keynes, que emergió en el contexto de la Gran Depresión de 1930 (Harvey, 2007, p. 27).

Es especialmente, tal como sigue argumentando Harvey (2007), después de la Segunda Guerra Mundial, que los responsables políticos buscaron en la teoría keynesiana una fórmula de mantener bajo control el ciclo económico y las recesiones; ese fue un aspecto central sobre el cual emergió una fuerte resistencia de los neoliberales²⁶. Según ellos, las decisiones estatales estaban condenadas al sesgo político en función de la fuerza de grupos de interés de cada ocasión. En ese sentido, los neoliberales consideraban que las decisiones del Estado, en cuanto a acumulación e inversión del capital, siempre serían erróneas, debido a que la información disponible para el Estado no rivalizaba con la contenida en las señales del

²⁶ Aun así, Harvey dejó claro que el neoliberalismo fue absorbido por otras fuerzas, lo que resulta difícil concebirlo como una teoría “pura” (Harvey, 2007, pp. 27-28).

mercado.

Por consiguiente, en el contexto de posguerra todo el ciclo económico de este período se controló bajo la estrecha intervención de políticas estatales fiscales y monetarias de orientación keynesiana (Harvey, 2007, p. 17). Es decir, el contexto en el que nacen estas ideas es posibilitar en Europa que los distintos Estados asuman una fuerte política dirigista, actuando en la política industrial y económica, diseñando modelos y formas de salario, con una variedad de sistemas de protección, como la asistencia sanitaria universal, la educación, la asistencia social, entre otros. En la obra “El nuevo imperialismo”, Harvey (2004) relató que el período entre 1945 y 1970 constituyó la segunda etapa del dominio de la burguesía bajo la hegemonía global estadounidense, hasta que llegó a su fin (Harvey, 2004, pp. 59-61). Lo que estaba en el núcleo de los años 1970 era el problema crónico de la sobreacumulación del capital, que son crisis que se manifiestan típicamente como excesos de capital (en mercancías, dinero o capacidad productiva) y de fuerza de trabajo, sin que al parecer haya medios de acoplarlos rentablemente para la realización de actividades socialmente útiles. Ese fue un problema extendido a todo el capitalismo en los años 1970 (Harvey, 2004, pp. 79-80; 92-93). El autor identificó que el neoliberalismo, con su proyecto de privatización universal, exige mucho sentido como intento de solucionar el problema de la sobreacumulación (Harvey, 2004, p. 119). Sin embargo, para acabar de comprender la penetración/expansión de la doctrina neoliberal a nivel global, cabe destacar tres elementos.

1) Un primer dato es que el grupo de Mont Pelerin recabó muchos apoyos financieros y políticos; según Harvey, en Estados Unidos, particularmente, un poderoso grupo de individuos ricos y líderes empresariales, contrarios a cualquier tipo de intervención y regulación del Estado, pretendió organizar una oposición a lo que percibían como un emergente consenso global con respecto a una economía mixta, dispuestos a adoptar lo que fuese necesario, desde el macartismo hasta los *think-tanks*²⁷ neoliberales, con el fin de proteger y reforzar su poder. Sin embargo, este movimiento permaneció al margen hasta la década de 1970, cuando empezó a ser protagonista en Estados Unidos y Gran Bretaña, con el apoyo de varios *think-tanks* financiados como el *Institute of Economics Affairs* en Londres y

²⁷ Los Think Tanks tienen entre sus objetivos principales la creación de opinión pública, lo cual comienza por desarrollar estrategias de comunicación que les lleven a la difusión de sus ideas y corrientes de pensamiento avaladas, a su vez, por los expertos que integran el Think Tank [...] Centros de Investigación; Centros de debate; Laboratorios de ideas; Centros de pensamiento, análisis y producción intelectual; son algunas de las definiciones que suelen darse para los Think Tanks (Arraiz, 2013, pp.1-2).

la *Heritage Foundation* en Washington.

2) Un segundo aspecto fue la fuerte influencia en el interior de la academia, sobre todo en la Universidad de Chicago, de Milton Friedman. Y de conformidad con Harvey, el respeto por la teoría neoliberal en el ámbito académico se consolidó con el Premio Nobel de economía a Hayek en 1974 y a Friedman en 1976 (Harvey, 2007, p. 28).

3) Y, finalmente, la entrada del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial en 1982 como centros de propagación y ejecución del “fundamentalismo del libre mercado” y de la ortodoxia neoliberal. Como relata el mismo Harvey (2007), a cambio de la reprogramación de la deuda, a los países endeudados se les exigía la implementación de reformas institucionales, que redundó en el corte de gastos sociales y la creación de legislaciones más flexibles para el mercado de trabajo y la opción por la privatización. Esta fue, en resumen, la invención de los “ajustes estructurales” (Harvey, 2007, p. 36) que se produjeron en esta época. Además, según Harvey (2007), se utilizaron una serie de tácticas para posibilitar el *consentimiento popular* al giro neoliberal:

Poderosas influencias ideológicas circularon a través de las corporaciones, de los medios de comunicación y de las numerosas instituciones que constituyen la sociedad civil, como universidades, escuelas, iglesias y asociaciones profesionales. Gracias a la “larga marcha” de ideas neoliberales a través de estas instituciones, que Hayek ya había vaticinado en 1947, así como a la organización de Think-tanks (con el respaldo y la financiación de las corporaciones), a la captura de ciertos seguimientos de los medios de comunicación y de la conversión de muchos intelectuales a modos de pensar neoliberales, se creó un clima de opinión que apoyaba el neoliberalismo como el exclusivo garantidor de la libertad. Estos movimientos se consolidaron con posterioridad mediante la captura de partidos políticos y, por fin, del poder estatal. (Harvey, 2007, p. 48)

Así, para acabar de comprender la arquitectura del neoliberalismo como una fase actual del capitalismo, es preciso compartir además las tres tesis ilustrativas del sociólogo sueco Göran Therborn (1996). Para el autor, hay tres elementos que caracterizan el neoliberalismo:

La primera es que el neoliberalismo es una superestructura ideológica y política que acompaña una transformación histórica del capitalismo moderno; segundo que la caída del socialismo real hace parte del mismo proceso de transformación de la época; y tercero que ocurrió una virada en el desarrollo de las fuerzas productivas, orientadas por una dirección de carácter más privado. (Therborn, 1996, pp. 39-40)

Asimismo, este autor, articula los tres ejes centrales de la base institucional del capitalismo (Empresas, Estados y Mercados)²⁸ según la evolución histórica a lo largo del siglo XX. Para Therborn, el capitalismo clásico se caracteriza por un equilibrio entre los poderes de las empresas, Estados y mercado. En la fase del capitalismo monopolista hay una mayor

²⁸ Cada uno con una posición de poder: las empresas (poder de negociación), el Estado (poder político) y los mercados (poder de competición).

injerencia de las empresas sobre los estados y mercados. Ya en la fase del capitalismo del bienestar o de Estado, el Estado con poder político tiene mayor injerencia en el desarrollo del sistema. Por último, el nuevo capitalismo competitivo, siendo la fase actual, se circunscribe al poder del mercado, el poder de competición en el centro de la actuación:

Si analizáramos la historia reciente del capitalismo mundial, observaremos que cinco o seis décadas atrás, teníamos empresas relativamente fuertes y estados y mercados relativamente pequeños [...] Este período de expansión de los carteles, de las alianzas entre las grandes empresas monopolistas fue llamado “capitalismo desordenado”. Fue esta, también, la etapa de la caída y del decrecimiento del comercio mundial. Alrededor de los años 30 se desarrollaba un capitalismo con tendencias autárquicas. Después de la segunda guerra mundial, produjeron dos tendencias importantes. Por un lado, se empezaron a extender los mercados, especialmente el mercado mundial de mercaderías [...] Por otro lado, la postguerra fue también el período de crecimiento del estado en Europa occidental y en el restante del mundo²⁹ (Therborn, 1996, pp. 42-43).

De acuerdo con Therborn, este último período está marcado por un proceso de desindustrialización relativa, provocado por la introducción de nuevas modalidades de producción e incorporación de nuevas tecnologías flexibles, las cuales posibilitan cambiar toda la dinámica macroeconómica del capitalismo avanzado y de las relaciones de fuerza entre empresas individuales y el poder del mercado. Una característica importante es que los servicios privados también empiezan a producirse en empresas menores, como unidades productivas más dependientes del mercado y de la demanda de los clientes (Therborn, 1996, p. 44). Además, según el autor, la enorme expansión del mercado financiero es un aspecto muy importante para entender la dinámica del capital por tres razones: “Mercados financieros son muy competitivos [...] Tienen impacto considerable en el cambio profundo de las relaciones entre mercados y empresas [...] Estos mercados pueden generar mucho más capital que el propio Estado y esta es una fuerza objetiva que estimula las privatizaciones y existen motivos políticos e ideológicos para las privatizaciones³⁰” (Therborn, 1996, p.45).

En esta línea, Castells (1999) expone una serie de reformas que se produjeron en el

29 Traducción libre del original: Se analisarmos a história recente do capitalismo mundial, observaremos que cinco ou seis décadas atrás, tínhamos empresas relativamente fortes e Estados e mercados relativamente pequenos [...] Depois da segunda guerra mundial, produziram-se duas tendências importantes. Por um lado, começaram a se extender os mercados, especialmente o mercado mundial de mercadorias [...] Por outro lado, o pós-guerra foi também o período de crescimento do Estado na Europa ocidental e no restante do mundo. Na Europa ocidental e na América do Norte, isso se tornou manifesto com a difusão dos Estados de bem-estar [...] durante este período houve um grande crescimento do Estado sob a fórmula do “socialismo real”, no Japão, na Ásia oriental e, também, na América latina onde se desenvolveu a industrialização com uma importante intervenção estatal.

30 Traducción libre del original: Mercados financeiros são muito competitivos [...] Tem impacto considerável na mudança profunda das relações entre mercados e empresas [...] Estes mercados podem gerar muito mais capital que o próprio Estado e esta é uma força objetiva que estimula as privatizações e existem motivos políticos e ideológicos para as privatizações.

interior del capital, tanto en el interior de las instituciones como en la gestión empresarial que según el autor, centralizaba todos los esfuerzos para la consecución de cuatro objetivos centrales: 1) proponer la lógica capitalista de busca de lucro en las relaciones capital/trabajo; 2) aumentar la productividad del trabajo y del capital; 3) globalizar la producción, la circulación y los mercados, aprovechando la oportunidad de condiciones más ventajosas para la serialización de lucros en todos los sitios; y 4) dirigir el apoyo estatal hacia ganancias de productividad y competitividad de las economías nacionales, frecuentemente en detrimento de la protección social y de las normas de interés público (Castells, 1999, p. 55).

Estudiando las transformaciones que se operaron en el interior del capitalismo, Castells (1999) identifica la emergencia del informacionalismo (que podría significar el “capitalismo de la información”, “capitalismo de la sociedad de la información”)³¹ como la nueva base material y tecnológica de la actividad económica y de la organización social. En ese sentido, la tecnología de información surge como una pieza clave en esta revolución (Castells, 1999, pp. 51-68). Claramente, la emergencia de un nuevo modo de producción del capital demanda la creación de nuevas fuerzas productivas, es decir seres humanos que puedan responder a las necesidades de reestructuración del capital:

Por la primera vez en la historia, la mente humana, es una fuerza directa de la producción, no apenas un elemento decisivo en el sistema productivo [...] Así, computadoras, sistema de comunicación, decodificación y programación genética son todos amplificadores y extensiones de la mente humana. Lo que pensamos y como pensamos es expreso en bienes, servicios, producción material e intelectual [...] la integración creciente entre mentes y máquinas, inculcó la máquina de ADN está anulando lo que Bruce Mazlish llama de “la cuarta discontinuidad” (aquella entre humanos y máquinas), alterando fundamentalmente el modo por lo cual nacemos, vivimos, aprendemos, trabajamos, producimos, consumimos, soñamos, luchamos o morimos³² (Castells, 1999, p. 69)

Ello nos lleva a pensar en la articulación/penetración del neoliberalismo en el cuerpo y en el campo de la producción/reproducción individual/societario, tan descrita por Foucault en su proyecto teórico de investigación en los años 70, en una serie de clases en Collège de France.

31 Este término se enlaza con la primera imagen de la tesis -enunciada en la introducción- del nacimiento de *Internet Baby*, como la figura emblemática de la sociedad de la información.

32 Pela primeira vez na história, a mente humana, é uma força direta de produção, não apenas um elemento decisivo no sistema produtivo [...] Assim, computadores, sistema de comunicação, decodificação e programação genética são todos amplificadores e extensões da mente humana. O que pensamos e como pensamos é expreso em bens, serviços, produção material e intelectual [...] a integração crescente entre mentes e máquinas, inclusive a máquina de DNA está anulando o que Bruce Mazlish chama de “a quarta descontinuidade” (aquela entre humanos e máquinas), alterando fundamentalmente o modo pelo qual nascemos, vivemos, aprendemos, trabalhamos, produzimos, consumimos, sonhamos, lutamos ou morremos.

1.2 Biopolítica, dispositivo de libertad y el empresario de uno mismo

Para comprender en profundidad lo que ha supuesto este cambio en la estructuración del capitalismo, Foucault en su proyecto teórico de investigación en los años 70, en una serie de clases en Collège de France, introduce un concepto clave como el de biopolítica. Este término político de gran alcance explicativo es el que nos va a permitir adentrarnos en lo que ha supuesto este cambio de paradigma económico y social, y ver algunos elementos en el desarrollo histórico y teórico del neoliberalismo que a su vez, ayudan a comprender el entramado de muchas piezas que se unen y adquieren otro significado: como Estado, política, economía y medicina llegan a articularse conceptualmente e impactan en nosotros mismos, en el cuerpo viviente. Es lo que Foucault intenta articular, la práctica médica y las implicaciones para la aparición de enfermedades y desórdenes sociales, todo ello amparado por un repertorio discursivo económico.

Resulta preciso empezar este apartado con un estudio genealógico de la psiquiatría, no como una especialización del saber o de la teoría médica, sino como una rama especializada de la higiene pública, que “se especializó como dominio particular de la protección social, contra todos los peligros que pueden venir de la sociedad debido a la enfermedad o a todo lo que se puede asimilar directa o indirectamente a esta” (Foucault, 2001, p. 111). Este es el enfoque de Foucault que se interesa por todo “lo anormal en el nivel de las conductas más elementales y cotidianas. [...] los pequeños monstruos perversos que no cesaron de pulular desde fines de ese siglo” (Foucault, 2001, p. 124). Todos estos aspectos empiezan a tener sentido para Foucault (2001) cuando denuncia el papel político que el discurso psiquiátrico y fisiológico tuvo en el contexto de las revoluciones y reivindicaciones en Europa, entre 1848 y 1870-1871, a partir de un análisis de una serie de enunciados emitidos en un estudio de antropología criminal (Foucault, 2001, p. 142). El estudio trataba de descalificar histórica y políticamente movimientos revolucionarios en base a un discurso biológico, anatómico, psicológico y psiquiátrico. De acuerdo con el autor, esta fue una táctica utilizada en Francia desde 1871 hasta finales del siglo, como modelo de discriminación política³³ (Foucault, 2001, p. 143). La nueva psiquiatría de aquellos tiempos funcionaba como una ciencia que trataba lo “anormal”, de los individuos anormales y de las conductas anormales (Foucault, 2001, p. 151); era una especie de tecnología de la anomalía, es decir, una práctica social llena de procesos de normalización que para el autor estaba conectada con todo el proceso de control

³³ Según Foucault (2001, p.90) “El primer monstruo moral que aparece a fines del siglo XVIII, en todo el caso el más importante, el más patente, es el criminal político [...] el criminal es quién tras romper el pacto que ha suscrito, prefiere su interés a las leyes que rigen la sociedad a la que pertenece.”

de la sexualidad desde el siglo XVIII (Foucault, 2001, p. 152). En ese sentido, todo el tema de control y regulación de la sexualidad que aparece como una práctica de gobierno nace como una rama táctica de la práctica psiquiátrica:

La psiquiatría, cuando se puso a buscar en el "exceso", luego en el onanismo, luego en la insatisfacción, luego en los "fraudes a la procreación" la etiología de las enfermedades mentales, pero sobre todo cuando se anexó como dominio propio el conjunto de las perversiones sexuales [...] por último, todos esos controles sociales que se desarrollaron a fines del siglo pasado y que filtraban la sexualidad de las parejas, de los padres y de los niños, de los adolescentes peligrosos y en peligro —emprendiendo la tarea de proteger, separar y prevenir, señalando peligros por todas partes, llamando la atención, exigiendo diagnósticos, amontonando informes, organizando terapéuticas—; irradiaron discursos alrededor del sexo, intensificando la consciencia de un peligro incesante que a su vez reactivaba la incitación a hablar de él³⁴ (Foucault, 2009, pp. 36-37)

Según Foucault, desde el siglo XVIII, los discursos sobre el sexo no se generalizaron fuera del poder o en contra de él, sino allí donde se ejercía como medio de su ejercicio (Foucault, 2009, p. 39). En ese contexto aparecieron toda una serie de discursos y de vocabulario enfáticos sobre la abominación de la generalización de las perversiones, un movimiento orientado a la monogamia sexual y una retahíla de leyes acerca del matrimonio y las reglas sobre la sexualidad (Foucault, 2009, pp. 43-47). Es posible encontrar en el estudio del autor una sucesión de categorizaciones del comportamiento desviante aplicado a la conducta de los hombres de aquellos tiempos que la psiquiatría define en términos de “especie” (Foucault, 2009, p. 51)³⁵. Para Foucault (2009), la sexualidad nace en ese contexto como un dispositivo histórico, como parte de una red articulada a las estrategias del saber y del poder que en términos económicos, y a través de numerosas y sutiles articulaciones, se presenta como el elemento principal: el cuerpo que produce y consume (Foucault, 2009, pp. 116-118). Así, por ejemplo, según esta perspectiva teórica, la dominación burguesa no era una cuestión puramente ideológica o económica, sino también física. Todas las técnicas de higiene para aumentar la longevidad, tener hijos con buena salud y mejorar la descendencia se basan en una correlación entre cuerpo, sexo y un cierto componente de racismo. Todo está conectado a

34 Traducción libre del original: A psiquiatria, quando começa a procurar - do lado da ‘estravagância’, depois do onanismo, mais tarde da insatisfação e das ‘fraudes contra a procriação, a etiologia das doenças mentais e, sobretudo, quando anexa ao seu domínio exclusivo, o conjunto das perversões sexuais [...] enfim, todos estes controles sociais que se desenvolveram no final do século passado e filtram a sexualidade dos casais, dos pais e dos filhos, dos adolescentes perigosos e em perigo - tratando de proteger, separar e prevenir, assinalando perigos em toda parte, despertando as atenções, solicitando diagnósticos, acumulando relatórios, organizando terapêuticas; em torno do sexo eles irradiaram os discursos, intensificando a consciência de um perigo incessante que constitui, por sua vez, incitação a se falar dele.

35 El nacimiento del concepto de especie es del siglo XVIII, donde la expresión “especie humana” adquiere un uso frecuente por parte de autores como Voltaire, Rousseau, entre otros (Foucault 2004, p. 87). Todo el tema de la definición de especie ligado al comportamiento social constituye un sinfín de categorías fácilmente identificadas en los discursos sobre parto natural y humanizado en el trabajo de autores y expertos consagrados en este campo.

un proceso según el cual la burguesía reafirma su distinción y hegemonía. Así fue como en el siglo XIX, la sexualidad se constituyó en la gran tecnología de poder (Foucault, 2009, pp. 137-138; 64; 174).

En consecuencia, según Foucault, la sexualidad no tiene como razón de ser reproducirse sin más, sino “proliferar, innovar, adjuntar, inventar, penetrar los cuerpos de manera cada vez más detallada y controlar las poblaciones de modo cada vez más global” (Foucault, 2009, p. 118). Es decir, la población suscita el “nacimiento de un arte, de tácticas [...] y técnicas de gobierno [...] y, por consiguiente, el nacimiento de la economía política” (Foucault, 2004, p. 113). Foucault identificó que es por medio de la economía política de la población que nace una cadena de análisis alrededor de las conductas sexuales, sus determinaciones y efectos, y los límites entre lo biológico y lo económico, y todo ello es objeto de disputa (Foucault, 2009, pp. 32-33).

Para entender cómo funciona el dispositivo de sexualidad en el interior del neoliberalismo (y aquí se trata la definición de lo que Foucault llamó liberalismo como la racionalización del arte del gobierno en el ejercicio de la soberanía política), se hace necesario definir el papel que tiene la economía política que como ya se ha apuntado, es el fundamento por el cual se rige toda la racionalidad gubernamental. Es necesario resaltar algunos elementos centrales de sus prácticas:

La economía política reflexiona sobre las mismas prácticas gubernamentales [...] el problema es saber cuáles efectos él y si estos efectos son negativos [...] ¿Cuáles son los efectos reales de la gubernamentalidad al cabo de su ejercicio? [...] lo que la economía descubre no son derechos naturales anteriores al ejercicio de la gubernamentalidad, lo que ella descubre es una cierta naturalidad propia de la práctica del gobierno. Hay una naturaleza propia de los objetos de la acción gubernamental. Hay una naturaleza propia de esa acción gubernamental misma, y es eso que la economía política va estudiar. Esa noción de naturaleza va, por lo tanto cambiar enteramente con la aparición de la economía política. [...] La naturaleza es algo que corre bajo, a través, en el propio ejercicio de la gubernamentalidad. [...] Es una ley de la naturaleza, explicaran los economistas³⁶ (Foucault, 2008, pp. 20-22).

Por tanto, lo que la economía política termina por generar es la posibilidad de limitación del Estado. Esta es una marca fundamental del nuevo arte de gobierno, donde toda su política se cimenta en el conocimiento pormenorizado de todo lo que ocurre en la sociedad, en el

36 Traducción libre del original: A economia política reflète sobre as próprias práticas governamentais [...] o problema é saber quais efeitos ele tem e se esses efeitos são negativos [...] quais são os efeitos reais da governamentalidade ao cabo de seu exercício? [...] o que a economia descobre não são direitos naturais anteriores ao exercício da governamentalidade, o que ela descobre é uma certa naturalidade própria da prática mesma do governo. Há uma natureza própria dos objetos da ação governamental. Há uma natureza própria dessa ação governamental mesma, e é isso que a economia política vai estudar. Essa noção da natureza vai, portanto mudar inteiramente com o aparecimento da economia política. [...] A natureza é algo que corre sob, através, no próprio exercício da governamentalidade. [...] É uma lei da natureza, explicarão os economistas.

Mercado y en los circuitos económicos, de modo que las bases de la limitación de su poder se anclan en la evidencia del análisis económico. Para el autor, la nueva práctica de gobierno es una consumidora de libertad, es decir, necesita garantizar una serie de libertades y, por lo tanto, las produce, las ordena y las gestiona. En resumen, libertad y seguridad están en los fundamentos de la nueva razón de gobierno (Foucault, 2008, pp. 86-89).

Para terminar de ilustrar cómo funcionan las prácticas de gobierno, es decir, la programación neoliberal actual, Foucault (2008) identificó dos formaciones históricas principales cuyas características iluminan la comprensión de las políticas de población y la producción de un cierto tipo de individuos: el neoliberalismo alemán de la Escuela de Friburgo y Fráncfort, y el americano de la Escuela de Chicago. En síntesis, los principios diseñados por el ordoliberalismo alemán, según Foucault, se basan en tres fundamentos principales: (1) que el monopolio forma parte de la lógica de la competencia; (2) que el enfoque principal de la intervención gubernamental debe estar en las condiciones de existencia del mercado, es decir, sobre la población; y (3) que la política social debe dejar actuar a la desigualdad por medio de la privatización. En definitiva, de acuerdo con Foucault (2008), la noción de privatización se apoya en la idea de que es el individuo quien, por medio de sus reservas o sociedades de mutua ayuda, busca sus propios mecanismos de protección de los riesgos. Es decir, la generación de las condiciones de ejercicio de la soberanía política tiene lugar a partir de una intensa producción de una sociedad de microempresarios individuales que sean capaces de crear, por sí mismos, las condiciones de protección social por medio de su propiedad privada: “El *homo economicus* que si quiere reconstituir [...] es el hombre de la empresa y de la producción [...] trata-se de generalizar, difundido-las, multiplicando-las en la medida del posible [...] Es esa multiplicación de la forma “empresa” en el interior del cuerpo social que constituye, a mi ver, el escopo de la política neoliberal”³⁷ (Foucault, 2008, pp. 199-204).

En la práctica de gobierno de la Escuela de Chicago son dos las principales tácticas diseñadas para la gestión de la población: (1) a partir de las contribuciones de la teoría del capital humano, y (2) a partir del rejuvenecimiento del *homo oeconomicus*, o el emprendedor de uno mismo. Según Foucault (2008), la teoría del capital humano aparece como una mutación epistemológica en el análisis neoliberal caracterizada por un cambio de objeto y de

37 Traducción libre del original: O *homo oeconomicus* que se quer reconstituir [...] é o homem da empresa e da produção [...] trata-se de generalizar, difundido-as, multiplicando-as na medida do possível [...] É essa multiplicação da forma “empresa” no interior do corpo social que constitui, a meu ver, o escopo da política neoliberal.

campo de referente general del análisis económico que tiene como enfoque de su análisis la racionalidad interna, la programación estratégica de los individuos (Foucault, 2008, p. 307). Para Foucault (2008), el neoliberalismo americano hace un retorno al “homo oeconomicus, que no será el parcerero del cambio, pero el empresario, el empresario de uno mismo [...] siendo él propio su capital, siendo para sí mismo su productor, siendo para sí mismo fuente de renta”³⁸ (Foucault, 2008, pp. 310-311). Toda la cadena de elementos señalados por Foucault termina por aclarar cómo el régimen de gobierno neoliberal abre todo un campo de análisis, al dejar claro que existe una estrecha relación entre economía, discurso y una producción intencional de individuos:

Uno de los intereses actuales de la aplicación de la genética de las poblaciones humanas es posibilitar reconocer los individuos del riesgo y el tipo de riesgo que los individuos corren a lo largo de su existencia [...] a partir del momento en que se puede establecer cuáles son los individuos de riesgo y cuáles son los riesgos para que la unión de individuos de riesgo produzca un individuo que será esta o aquella característica cuanto al riesgo que será portador, puede perfectamente imaginar lo siguiente: que los buenos equipajes genéticos – es decir, los que podrán producir individuos de bajo riesgo o cuyo grado de riesgo no será dañino, ni para ellos, ni para los suyos, ni para la sociedad ³⁹(Foucault, 2008, pp. 313-316).

Por último, toda esta cadena de elementos señalados por Foucault, que termina de aclarar el régimen de gobierno neoliberal, abre todo un campo de análisis, al dejar claro que existe una estrecha relación entre economía, discurso y una producción intencional de individuos. Así pues, este es el contexto en el que surgen las primeras ideas obstétricas de vanguardia que dan origen al modelo de humanización del parto y que se desarrolla a continuación.

1.3 Parto, estado y obstetricia: naranja mecánica y la pedagogía del parto

La descripción mecánica del cuerpo en trabajo de parto, como metáfora, tuvo su inicio en los hospitales franceses en los siglos XVI y XVII cuando se decía que era “como si el vientre y el útero formaran una bomba mecánica que en situaciones específicas era más o menos adecuada para la expulsión del feto”⁴⁰ (Martin, 2006, p. 105). A finales del siglo XVIII y

38 Traducción libre del original: homo oeconomicus, que não será o parceiro da troca, mas o empresário, um empresário de si mesmo [...] sendo ele próprio seu capital, sendo para si mesmo seu produtor, sendo para si mesmo fonte de renda.

39 Traducción libre del original: Um dos interesses atuais da aplicação da genética às populações humanas é possibilitar reconhecer os indivíduos de risco e o tipo de risco que os indivíduos correm ao longo de sua existência. [...] a partir do momento em que se pode estabelecer quais são os indivíduos de risco e quais são os riscos para que a união de indivíduos de risco produza um indivíduo que será esta ou aquela característica quanto ao risco que será portador, pode-se perfeitamente imaginar o seguinte: que os bons equipamentos genéticos - isto é, os que poderão produzir indivíduos de baixo risco ou cujo grau de risco não será nocivo, nem para eles, nem para o seus, nem para a sociedade.

40 Traducción libre del original: como se o ventre e o útero formassem uma bomba mecânica que em situações específicas era mais ou menos adequada para a expulsão do feto.

principios del siglo XIX, el discurso médico empezó a cambiar cuando algunos esculapios⁴¹ pasaron a expandir la idea de que el parto iba más allá de un mero fenómeno de la naturaleza porque tenía sus bases asentadas en la fisiología (Barreto, 2008, p. 905). No obstante, fue a lo largo del siglo XIX que la medicina pasó por una revolución científica y epistemológica, volviendo toda su atención al estudio de los órganos, tejidos y funciones, y desarrollando así las primeras concepciones fisiológicas sobre el cuerpo.

En 1865, la publicación de la obra *Introduction à la médecine expérimentale* de Claude Bernard llegó a una definición del organismo como “una máquina viva”, fundando los pilares que vendrían a ser considerados en el futuro (léase hoy) como el discurso orientador de la deshumanización de la medicina moderna (Faure, 2008, p. 36). Según Moulin, “La unión del cuerpo a máquina y la progresiva identificación de este cuerpo al autómatas que lo asemeja, en la mitad del siglo XX, en 1960, va incorporar órganos artificiales tornando la idea de máquina cada vez más abstracta en la medida en que va sirviendo de la informática y de sus programas”⁴² (Moulin, 2008, p. 39)

Por otro lado, a partir del siglo XIX, los avances en el campo de la fisiología se configuran en un instrumento que desvenda los misterios que hasta el momento giraban alrededor del cuerpo, colaborando para desmitificar nociones sobre el cuerpo femenino que se relacionaban con lo sobrenatural (Vieira, 2002, p. 25). Asimismo, en el desarrollo de la obstetricia a lo largo del siglo XX, tal como explica Emily Martin (2006), el útero pasa a ser visto como una máquina, justificando el amplio empleo de instrumentos mecánicos en el parto (como el fórceps), así como la introducción de todo un aparato tecnológico para la asistencia en que “el cuerpo de la mujer es la máquina y el médico, mecánico o el técnico que la concerta”⁴³ (Martin, 2006, p. 107). En este sentido, la autora ilustra que entre los años 40 y 60, el parto “era encarado como un procesamiento de una máquina, hecho por máquinas y técnicos especializados”⁴⁴ (Martin, 2006, p. 107). Este sentido metafórico del cuerpo guio a Martin a plantear una serie de “analogías tiradas del ámbito de la producción fabril estaren siendo al

41 Médicos o individuos con conocimientos médicos.

42 Traducción libre del original: A união do corpo à máquina e a progressiva identificação deste corpo ao autômato que o assemelha, na metade do século XX, em 1960, vai incorporar órgãos artificiais tornando a ideia de máquina cada vez mais abstracta na medida em que vai se servindo da informática e de seus programas.

43 Traducción libre del original: o corpo da mulher é a máquina e o médico, mecânico ou o técnico que a concerta.

44 Traducción libre del original: era encarado como um processamento de uma máquina, feito por máquinas e técnicos especializados.

parto”⁴⁵ (Martin, 2006, p. 108). En este punto, la misma autora considera el proceso de la asistencia al parto como una *forma de producción*, en la que el médico funciona como un *mecánico* o *supervisor de una fábrica* y la mujer como la *trabajadora*, cuya *máquina* (útero) produce el *producto* (bebé). Tales cuestiones le permitieron comprender las relaciones de poder y de control en este ámbito de *producción*. Y extrajo una serie de metáforas del repertorio discursivo médico de asistencia al parto que describen de forma clara el escenario y los papeles que los principales actores (mujer-médico-bebé) ocupaban en la experiencia de una asistencia al parto en los hospitales.

Así, un aspecto del análisis de la autora se refiere a la pregunta que ella levantó sobre el posicionamiento de las mujeres en el contexto de este modelo de asistencia. Sin embargo, al describir las distintas tácticas y estrategias utilizadas por las mujeres para burlar los protocolos hospitalarios de asistencia al parto, se preguntó si sus estrategias no se asemejan a la lucha y organización política de los trabajadores en contra la explotación del sistema capitalista (Martin, 2006, pp. 219-220).

Desde este punto de vista, el comparativo establecido por la autora reflejó una confusión ideológica que permea tanto el discurso académico como el del movimiento social por la humanización del parto, en la medida en que enmascara todo el escenario histórico, político y económico concreto que permitió el apareamiento de estas prácticas discursivas de resistencia al parto hospitalario, así como el giro discursivo en la descripción del cuerpo femenino en trabajo de parto. Estos son los grandes hilos conductores que se vienen elaborando en el proyecto de investigación y que se debería terminar de aclarar en este trabajo: ¿Qué serie de prácticas, discursos, y actores se hacía presente en el apareamiento de estas estrategias y tácticas de resistencia de las mujeres a la forma como se conducían los partos en los hospitales?

Por otro lado, en la literatura sobre parto, distintas autoras (Diniz, 2005; Luzes, 2007; Tornquist & Spinelli, 2009) señalaron la década de 1950 como el período en el cual surgieron las primeras críticas en el interior de la obstetricia a las intervenciones médicas sobre el cuerpo de las mujeres en los partos: un ideario conocido como Movimiento Parto sin Dolor⁴⁶,

45 Traducción libre del original: analogias tiradas do âmbito da produção fabril estarem sendo aplicadas ao parto.

46 Definido por el propio Vellay, como: “Una analgesia por medio de la palabra donde los instructores tientan equilibrar el cerebro (córtex) de la mujer creando durante la gestación una cadena compleja de reflejos condicionados que serán utilizadas en el parto donde las mujeres pierden la actitud pasiva, que la mayoría adopta en relación al nacimiento” (Vellay, 1967, pp. 32-33)

un conjunto de teorías y prácticas desarrolladas por dos obstetras europeos, el francés Fernand Lamaze y el inglés Grantly Dick-Read, que tenían como objeto de su reflexión clínica pensar técnicas que pudieran minimizar los dolores del parto (Tornquist, 2002, p. 485). Estos dos autores fundaron las bases de lo que se vendría a conocer hoy como la educación para el parto o la educación perinatal que con métodos semejantes por su aproximación histórica, tienen algunas distinciones en su abordaje. Incluso, según Tornquist (2002), el actual Movimiento por la Humanización del Parto y Nacimiento es un desdoblamiento de este ideario conocido como parto sin dolor.

Aun así, un médico francés llamado Pierre Vellay, en su obra *Parto sin Dolor* (1967), indicó que fue en la antigua URSS que se desarrollaron las primeras bases teóricas para el Movimiento Parto sin Dolor. De acuerdo con el autor, “las primeras investigaciones desarrolladas en Rusia sobre el método fueron basadas en la hipnosis a partir de una experiencia con 28 mujeres en 1902, de las cuales 20 de ellas dieron a la luz sin dolor” (Vellay, 1967, p. 29). Según este experimento y el trabajo del fisiologista Ivan Pávlov – referente teórico exponencial de la época–, el médico Platónov y su colaborador Velvoski estudiaron en el año 1920 la posibilidad de aplicar sugestión e hipnosis en cirugía, obstetricia, ginecología y estomatología (Vellay, 1967).

Fue en este mismo período cuando el obstetra Grantly Dick-Read empezó a desarrollar una serie de investigaciones en el campo de la analgesia en obstetricia que no publicó hasta 1933, por medio de un libro llamado *Childbirth without Fear* (“Parto sin Miedo”), que 20 años después se tradujo al francés con el título *L'Accouchement sans douleurs: Les principes et la pratique de l'accouchement naturel*, traducción que generó una confusión entre su método y el de Lamaze, que estaba empezando a desarrollarse en la misma época, como se evidencia más adelante (Vellay, 1967, p. 45).

De hecho, Dick-Read fue el primer autor en relacionar los dolores del parto con el estado emocional de la mujer en la experiencia. Los principios que fundamentan su teoría se resumen en lo que llamó “síndrome miedo-tensión-dolor”, concepto según el cual el autor enunció que la asociación entre parto y sufrimiento está relacionada con factores socioculturales. Y, para manejar los dolores de parto, propuso un trabajo de preparación prenatal a partir de cursillos ministrados por médicos, en los que las mujeres debían recibir informaciones sobre la anatomía femenina y fisiología del embarazo y del parto (Salem, 2007, p. 56). Así, en forma aclaratoria, esta propuesta pedagógica funcionaba como “un

proceso de resugestionamiento y como forma de hacer infiltrar la verdad en el subconsciente (Dick-Read como se citó en Salem, 2007, p. 57), [...] así reducida, la mujer estaría en condiciones de interpretar las sensaciones del útero no más como un dolor, y si como un trabajo del muslo” (Salem, 2007, p. 57). Estos intereses expresos en la teoría de Dick-Read también son muy sobresalientes en Vellay (1967) y sus colaboradores al aplicar las teorías de Pávlov en obstetricia en el contexto de la dictadura estalinista:

En 1938, Skrobanski, al encarecer la importancia de la sugestión, afirmó que se debería emplearla en las clínicas prenatales, independiente de la sugestión usada durante el parto. La mujer preparada para la analgesia y que tiene confianza – escribió él o parto – sometese fácilmente a cualquier método, mientras que la mujer convencida de la imposibilidad de la ausencia de los dolores sentirá dolor, sea cual sea el método. Sin embargo, escribía Nicolaiev: Debe aplicarse en grande escala la técnica de analgesia en obstetricia. El método debe reformar la mente de la mujer que se ha creado con la idea de que el dolor es inevitable e inalterable. (Vellay, 1967, p. 29)⁴⁷

China fue uno de los primeros países en que se expandió el método. Y desde ahí estas ideas se difundieron en más de 44 países: EE. UU. en 1941, Bélgica en 1947 y Portugal en 1954 (Vellay, 1967, pp. 31, 248, 250-251). De hecho, esta concepción que se centra fundamentalmente en la comprensión de la mecánica del parto, en contraposición a la concepción útero-máquina del siglo XVII, interesó a los médicos rusos desde sus inicios. Porque tal como pronuncian los médicos Nicolaiev y Platonov, al defender las ideas de Velvoski, en la Conferencia de Karkov en 1949: “el dolor en el parto, su manifestación carácter e intensidad dependían del sistema nervioso y de la relación entre el córtex y el subcórtex de la parturienta”.⁴⁸ Asimismo, en 1951, en una conferencia organizada por la Academia de Medicina y por el Ministro de Salud Pública, Velvoski, Pávlov, Nicolaiev y demás colegas describieron el *método psicoprofiláctico*⁴⁹ que el gobierno ruso decretó en julio del mismo año por su amplia aplicabilidad en el país (Vellay, 1967, p. 30).

Por lo que se refiere al médico francés Fernand Lamaze⁵⁰, visitó la Unión Soviética en

47 Traducción libre del original: “Em 1938, Skrobanski, ao encarecer a importância da sugestão, afirmou que se deveria empregá-la nas clínicas pré-natais, independente da sugestão usada durante o parto. A mulher preparada para a analgesia e que tem confiança - escreveu ele - submete-se facilmente a qualquer método, enquanto que a mulher convencida da impossibilidade da ausência das dores sentirá dor, seja qual for o método. Entretanto, escrevia Nicolaiev: Deve aplicar-se em grande escala a técnica analgésica em obstetricia. O método deve reformar a mente da mulher que se criou com a idéia de que a dor é inevitável e inalterável”.

48 Traducción libre del original: a dor no parto, sua manifestação, caráter e intensidade dependiam do sistema nervoso e da relação entre o córtex e o subcórtex da parturiente.

49 La traducción conceptual y científica para el método del parto sin dolor.

50 Director de la Maternité de Bluets en París (subvencionada por el Sindicato de los metalúrgicos de París y por la Central General de Trabajadores) fue un crítico a la política natalista oficial de Francia y, asimismo, mantuvo una fuerte relación con la Resistencia Francesa y el Movimiento Controlista en la época.

1951, integrando un equipo de investigadores europeos y entró en contacto con el método (Tornquist & Spinelli, 2009, pp. 2-3) introduciéndolo en Francia donde ganó intensa popularidad y se expandió. De hecho, Francia fue el segundo país del mundo en acoger las teorías del parto sin dolor. El Partido Comunista Francés creó un proyecto de ley para garantizar el acceso de todas las mujeres en el país al método, contribuyendo así a una fuerte politización de la técnica (Tornquist & Spinelli, 2009, pp. 2-3). Sin embargo, toda la vinculación del método parto sin dolor terminó provocando fuertes reacciones de sectores hegemónicos católicos y del campo biomédico francés.

El propio Pierre Vellay (1967) nombra una serie de testimonios de mujeres y familias que probaron el método en aquellos tiempos y, por tanto, colaboraron con su desarrollo, no solo en términos de publicidad sino promocionando fuentes de datos para los estudios clínicos. En todos estos relatos queda clara la colaboración fundamental de las mujeres para el desarrollo del imaginario sobre el método y de su aplicabilidad. Estos discursos y prácticas fueron los que anunciaron el nacimiento del *parto informacional* que fue perfeccionado en la teoría de fisiología del parto de Michel Odent, a finales de los años 70.

Pero cabe preguntarse ¿cómo este conjunto de técnicas desarrolladas en el seno del Estado y en el contexto de avance de la socialdemocracia va a encontrar su expresión y lugar en el repertorio y políticas neoliberales que están a punto de establecerse en el escenario social y político global? A continuación, se observa el contexto en que se produce este cambio de paradigma del modelo de parto sin miedo y sin dolor al parto humanizado, basado en evidencias, y en la retórica de uno de sus autores exponenciales: Michel Odent.

1.4 El parto neoliberal y el discurso de “necesidades básicas” en el trabajo de parto

La crisis económica de la postguerra y la reestructuración productiva del capitalismo tuvo como agentes estratégicos en su dinamización, organismos financieros internacionales: Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial del Comercio (OMC). Tales organismos, representando los intereses de los Estados más poderosos del mundo, presionaron los demás Estados nacionales para que adoptasen políticas de liberalización, desregulamentación y privatización, a través de la imposición de reformas políticas, económicas y socioculturales que tuvieran una fuerte implicación en la soberanía de los Estados-Nación (Correia, 2005, p. 83). El sector de la salud empezó a aparecer como un área de interés (Frizon, 2000, p. 115) para el Banco Mundial en 1969, puesto que su discurso estaba enfocado a combatir la pobreza y satisfacer las necesidades humanas básicas, y su eje

se centraba en aspectos relativos al control demográfico. Aunque según el Banco Mundial, la promoción de la salud debería articularse dentro de ciertos límites, y la muerte no debería ser evitada a cualquier costo: “La pobreza, la mala salud, la fecundidad y mortalidad elevadas, el fatalismo y unas perspectivas a corto plazo pueden dar lugar a un cierto equilibrio social, si bien de bajo nivel” (Banco Mundial citado por Frizon, 2000: 25).

Incluso, en este período la creación del Departamento de Proyectos Demográficos tiene como objetivo el control del nacimiento de los pobres como “estrategia para la promoción del crecimiento económico de los países en desarrollo” como forma de reducir las necesidades de inversiones en áreas sociales y reemplazar los recursos para áreas productivas. En este sentido, el primer documento producido por el Banco Mundial sobre salud fue publicado en 1975, *Salud: documento de política sectorial*, y anuncia las primeras directrices para la reforma de políticas de salud de los países que fueron subsidiados por el organismo, como la “quiebra de la universalidad de la atención a la salud, priorización de la atención básica, la utilización de mano de obra sin cualificación para los procedimientos de atención y la simplificación de los mismos, la selectividad y focalización de la atención a los más pobres” (Correia, 2007, p. 1).

Por lo tanto, un aspecto que se identifica en este informe es que en aquellos tiempos, los dirigentes del Banco Mundial tenían claro que se debían empezar a financiar proyectos específicos de salud, considerando que podrían influir en este ámbito a través de la Organización Mundial de Salud. Aunque ellos partían del presupuesto de que sus condiciones en términos de análisis económica eran más cualificadas que las de la OMS y, así, podrían convertirse en consultores y asesores económicos en el campo de salud (Frizon, 2000, pp. 118-119). Incluso, según Frizon, la decisión de actuación del Banco en esta área se efectuó cuando estaba asegurado que su actuación no se contraponía al liberalismo económico; por el contrario, cuando podría contribuir para su avance: podría constituirse en elemento esencial, tanto para la difusión del discurso humanitarista al cual la institución se quería asociar, como para alguna acción concreta que tuviera que realizar en el sentido de contribuir para “mitigar la pobreza”.

El año de 1987 marcó el inicio de una estrategia con la publicación del informe *Financing health services in developing countries: an agenda for reform* del Banco Mundial que llevaría el Banco Mundial a ocupar “una posición de hegemonía como grande formulador y definidor del contenido de las prescripciones de las agencias internacionales que cada vez

más reproducen las orientaciones del banco, aunque con una cierta división de tareas” (Mizoczky, 2003). Según Mizoczky, la propuesta central de este documento fue la reducción de la responsabilidad del Estado en el financiamiento de la salud, con lo que se afirmó la imposibilidad de la universalidad. Presupuesto que hizo considerar al Banco mundial que el enfoque más común para la atención a salud en los países en desarrollo tratado como un derecho de ciudadanía y la promoción de servicios gratuitos para todos, no funciona (Mizoczky 2003, p. 79).

Asimismo, consideró que el documento enfatiza la cuestión sobre la explosión demográfica que estaba ocurriendo en estos países “en desarrollo” para justificar la imposibilidad de la intervención estatal desarrollado hasta el momento, contrario a lo que defendía la OMS en 1978 con la estrategia de Atención Primaria en Salud. De hecho, este documento del Banco Mundial de 1987 sufrió una fuerte resistencia de la comunidad internacional de desarrollo, en especial de la Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que a finales de los años 80, denunció las graves consecuencias de ciertas experiencias de ajustes sobre las condiciones de vida de los niños (Mattos, 2001, p. 384).

Ya a partir del 2000, las propuestas y ajustes estructurales del Banco Mundial (Frizon, 2000, p. 122) tienen el discurso del Movimiento por la Humanización del parto, en relación a las “satisfacción de las necesidades básicas”. Es decir, la injerencia del Banco Mundial en el diseño de estas políticas se encuentra en las bases del actual discurso de “evidencias científicas” para la atención al parto. Muy especialmente, en la filosofía del parto y nacimiento elaborada por un obstetra francés llamado Michel Odent, quien produjo una extensa literatura divulgando sus ideas de “antiobstetricia” y fisiología del parto. En concordancia con Michel Odent (2002):

Para parir, una mujer precisa liberar un cierto coquetel de hormonas. Vamos olvidar el nombre de todas estas hormonas [...] La cuestión central es percibir que todos se originan en la misma glándula – el cerebro. Hoy, el entendimiento tradicional, que separa el sistema nervioso del endócrino está ultrapasado. Solo hay una red, y el cerebro también es una glándula endócrina, solamente sus partes más profundas. Podemos decir que cuando una mujer está en trabajo de parto, la parte más activa de su cuerpo es su cerebro primitivo – aquellas estructuras muy antiguas del cerebro (el hipotálamo, la glándula pituitaria etc.) – que compartimos con todos los mamíferos⁵¹ (Odent, 2002, p. 31)

En el discurso de fisiología del parto elaborado por Michel Odent (2002) es posible

51 Traducción libre del original: Para parir, uma mulher precisa liberar um certo coquetel de hormônios. Vamos esquecer o nome de todos esses hormônios (ocitocina, endorfinas, prolactina, ACTH, catecolaminas etc.). A questão crucial é percibir que todos se originam na mesma glândula - o cérebro. Hoje, o entendimento tradicional, que separa o sistema nervoso do endócrino, está obsoleto. Só há uma rede, e o cérebro também é uma glândula endócrina. Mas não é o cérebro todo que é ativo como uma glândula endócrina, só suas partes mais profundas. Podemos dizer que quando uma mulher está em trabalho de parto, a parte mais ativa de seu corpo é seu cérebro primitivo - aquelas estruturas muito antigas do cérebro (o hipotálamo, a glândula pituitaria etc.) - que compartilhamos com todos os outros mamíferos.

observar la misma centralidad que ocupa el cerebro para la vanguardia obstétrica soviética. La distinción es que su funcionamiento es descrito bajo un lenguaje informacional. Para este autor, el conocimiento fisiológico demuestra que las necesidades básicas de la mujer que da a luz son sentirse en seguridad (con una baja tasa de adrenalina) al no sentirse observada (en absoluto respeto a su privacidad), porque si hay un alto nivel de adrenalina, la actividad del neocórtex impide que la mujer haga un viaje hacia el otro planeta⁵². Es decir, la teoría de Odent se refiere, principalmente, a la cuestión de garantizar a las mujeres un ambiente de privacidad y respeto a su individualidad para que puedan dar la luz de forma fisiológica: para que se produzca lo que él mismo describió como una red de comunicación e información entre hormonas y llamó “coquetel de hormonas del amor”, que interactuando entre sí impulsan toda la experiencia del parto bajo ciertas condiciones ambientales:

En términos generales, la existencia de estos neurohormonas complejos confirma nuestra creencia en la interconectividad de todos los aspectos de la vida sexual y, una vez que la secreción equilibrada de hormonas es una cuestión delicada, altamente influenciada por las condiciones externas y estados psicológicos, representa más un argumento poderoso en contra la intervención médica o la perturbación del proceso fisiológico del parto.⁵³ (Odent, 2002, p. 17)

En este sentido, el discurso de fisiología elaborado por el autor desarrolla una propuesta pedagógica opuesta al método Lamaze: no enseña la forma correcta de parir, en el sentido de “preparación para el parto”, ni la “posición correcta” para el parto⁵⁴, ni tampoco técnicas respiratorias, sino que induce a que se dejen llevar por sus experiencias, pierdan el control, y olviden todo lo que han aprendido –todas las imágenes culturales, todos los patrones de comportamiento (Odent, 2002, p. 28). Por lo tanto, la teoría de Michel Odent es una evidente invitación a que las mujeres renuncien a su “condición humana”. Emily Martin ha puntuado sobre esta cuestión:

Según Odent, consideráse que las mujeres al dar la luz, anden para atrás en el tiempo y en la evolución, en dirección a un estado más sencillo, animalesco y libre de autocensuras. Esta evaluación precisa ser examinada bajo la óptica de la exclusión histórica de las mujeres (cómo sus escritos) de la corriente dominante. Es una ironía que el precio de los esfuerzos de Odent en devolver el parto para las mujeres sea la reafirmación de la concepción de la mujer como un ser animalesco, que pertenece a la naturaleza, y no a cultura. Aunque Odent haya sido transformado en héroe por muchas activistas del parto en los EE.UU, sería bueno para nosotras

52 En Brasil, las activistas llaman de “Partolândia”, como la Disneylândia.

53 Traducción libre del original: Em termos gerais, a existência desses neurohormônios complexos confirma nossa crença na interconectividade de todos os aspectos da vida sexual e, uma vez que a secreção balanceada de hormônios é uma questão delicada, altamente influenciável pelas condições externas e estados psicológicos, representa mais um argumento poderoso contra a interferência médica ou a perturbação do processo fisiológico do parto.

54 Aunque en sus obras hay una extensa incitación a la postura cuclillas sostenida.

percibir que sus ideas tienen muy en común con las de los escritores del siglo XIX, que relegaron las mujeres al dominio “natural” de la domesticidad.⁵⁵ (Martin, 2006, p. 255)

Así es como Michel Odent construye básicamente un discurso de no intervencionismo radical en la asistencia al parto, donde es posible identificar una cierta exaltación al *Freebirth* (el parto sin asistencia)⁵⁶, y que se puede ilustrar en tres de sus obras: *O camponês e a parteira*; *A cientificação do amor*; y *El Nacimiento en la era de plástico*. En la obra *O camponês e a parteira* el autor cita “el mejor libro de fisiología del parto”, una alusión a un “*bestseller* escrito hace milenios atrás”, en donde se evoca el nacimiento de Jesús como modelo ideal de parto y nacimiento.

De manera que el nacimiento libre de cualquier asistencia cualificada aparece como la visión de futuro en el parto y nacimiento, doctrina que impacta ampliamente la realidad social de los partos a principio de la década actual. Para ilustrar la idea, podemos tomar como ejemplo, uno de sus capítulos *Ter um bebê antes de 2032, a nova natividade* (2003) en el que narra el caso de mujeres que empiezan a parir solas, pues saben que “la autoconfianza junto a la privacidad absoluta crea las mejores condiciones para un parto fácil” (Odent, 2003, p. 145). Y, en esta misma línea, en junio de 2014, una noticia en Dailymail anuncia un nuevo *reality show* en EEUU, *Born in the wild*, que trata de mostrar películas de mujeres que dan a luz solas, sin asistencia profesional⁵⁷.

Incluso, en su obra más reciente, el autor expone un argumento feminista para defender la desasistencia en el parto, afirmando que: “La creencia bien arraigada de que una mujer no es capaz de dar la luz sin ayuda: ayudar es una forma sutil de controlar” (Odent, 2011, p. 113). De aquí que el autor se muestre contrario a *humanizar* los partos porque desde su punto de vista, la prioridad debe ser *mamiferizar* el parto, tornarlo *deshumanizado* (Odent, 2004, p. 36). Constituyendo un claro rescate del discurso higienista del siglo XIX que utilizó ampliamente imágenes basadas en animales como una táctica para que sobrevivieran los

55 Traducción libre del original: Segundo Odent, considera-se que as mulheres ao darem à luz, andem para trás no tempo e na evolução, em direção a um estado mais simples, animalesco e livre de autocensuras. Esta avaliação precisa ser examinada sob a ótica da exclusão histórica das mulheres da “cultura” - aquela atividade superior dos homens - e a exclusão da cultura das mulheres (como seus escritos) da corrente dominante. É uma ironia que o preço dos esforços de Odent em devolver o parto para as mulheres seja a reafirmação da concepção da mulher como um ser animalesco, que pertence à natureza, e não à cultura. Ainda que Odent tenha sido transformado em herói por muitas ativistas do parto nos Estados Unidos, seria bom para nós perceber que suas idéias têm muito em comum com as dos escritores do século XIX, que relegaram as mulheres ao domínio “natural” da domesticidade.

56 La creencia bien arraigada de que una mujer no es capaz de dar a luz sin ayuda: ayudar es una forma sutil de controlar (Odent, 2011, p.113).

57 Disponible en: <<http://www.dailymail.co.uk/news/article-2649274/A-step-far-New-Lifetime-realityfilm-women-giving-BIRTH-wild-no-help-doctors.html>>. Acceso em: 21/06/2014 (Cavalcanti, 2014, p. 103).

niños (Almeida, s.f. citado en Vieira, 2002, p. 29) y que servía para extraer numerosas lecciones morales maternas (Costa, 1999, p. 257).

Por consiguiente, en el discurso de Michel Odent, los principios de libertad y no intervención son radicalizados y alineados a los principios de privacidad y de autonomía individual de la mujer en su parto. Además, el autor añade a todo ello la noción de responsabilidad planetaria de no reproducir el *homo superpredador*, especie que domina actualmente el planeta y que tiene como trazo genético una débil capacidad de amar y el potencial para la agresión –como matar, guerrear y violar (Odent, 2010, p. 62). En concordancia, este mismo autor afirma: “Sin presentar estadísticas sofisticadas, podemos tornar fácilmente obvio que en un nivel planetario, el número de mujeres que dan la luz a bebés y placentas gracias a la liberación del flujo de hormonas es aproximadamente cero⁵⁸” (Odent, 2010, p. 65). La fuerza y autoridad de sus discursos denuncian su peligrosidad cuando se miran las estadísticas publicadas en el informe “*Surviving the First Day - State of the world’s mothers*” de la ONG Save the Children:

Every year, 40 million women give birth at home without the help of a skilled birth attendant. Every day, 800 women die during pregnancy or childbirth and 8,000 newborn babies die during their first month of life [...] Nearly all newborn and maternal deaths (98 and 99 percent, respectively) occur in developing countries where pregnant women and newborn babies lack access to basic health care services – before, during and after delivery [...] many poor women in rural areas still give birth at home, without any contact with the health system. (Save The Children. 2013, pp. 5-19).

Para Odent (2010a), las distintas intervenciones médicas en el parto y la no comprensión de las “necesidades básicas” de las mujeres tienen un impacto profundo en la capacidad de amar de la especie que nace, y eso incluye el comportamiento autodestructivo, la criminalidad violenta juvenil, la drogadicción, la anorexia nerviosa y el autismo. Todas estas enfermedades fueron estudiadas desde la perspectiva de la Investigación en Salud Primal (*Primal Health Research Database*), cuya propuesta “es identificar el período crítico para la interacción entre genética y ambiente en relación a los trazos de la personalidad y estados de salud” (Odent, 2010, pp. 62-63), buscando los factores de riesgos (Odent, 2004, p. 56). En ese sentido, Odent hace una propuesta que reflexiona sobre cómo desarrollar el respeto a la Madre Tierra⁵⁹, lo que implica promover una mutación intencional del *homo superpredador*

58 Traducción libre del original: Sem apresentar estatísticas sofisticadas, podemos tornar facilmente obvio que em um nível planetario, o número de mulheres que dão à luz a bebês e placentas graças à liberação do fluxo hormonal é aproximadamente zero.

59 En los años 70, período de explosión de los feminismos, la ciencia descubre que los niños necesitan a sus madres: “Habitualmente no nos damos cuenta de la importancia de este descubrimiento porque se trata en realidad de la súbita aparición de una serie de datos aportados por una gran diversidad de disciplinas científicas,

al *homo ecologicus*, por medio de un proceso de modulación epigenética (Odent, 2010a, pp. 63-66). El autor explica este proceso:

Bajo los efectos de diversos factores, particularmente factores del entorno temprano, algunos genes reciban una etiqueta y otros no la reciban. Algunos procesos de etiquetado son bien comprendidos hoy, como el proceso de metilación del ADN. De acuerdo con la etiqueta que reciban, algunos genes pasarán a ser silenciosos, mientras que otros se expresarán. Esta etiqueta puede consistir, por ejemplo, en añadir una marca radical metilo al ADN. Esto se conoce como proceso de modulación epigenética (Odent, 2011, pp.50-51)

La defensa del respeto a la “Madre Tierra” por Michel Odent se aclara cuando aparece en su obra la serie de intereses económicos que se asocian a la no intervención en los partos.

En todos los países desarrollados, el gasto de salud aumenta con mayor rapidez que el crecimiento económico, hasta tal punto que en Estados Unidos los gastos de salud alcanzaron el 16% del producto nacional bruto, y en Francia, el 11% [...] podemos imaginar escenarios compatibles con el control de los gastos, Se basarían en el hecho de que incluso hoy, aunque la obstetricia es muy cara, tenemos, no obstante, nacimientos baratos: todavía existen mujeres que dan a luz sin ninguna intervención médica, con la única presencia de una comadrona [...] Durante muchos años fui el único médico responsable de 1.000 nacimientos anuales. Entonces pensaba que era lo mínimo para mantener un grado de experiencia válido. Si reducimos espectacularmente el número de médicos, ¿podremos contribuir a reducir la deuda que la humanidad tiene con la Madre Tierra? (Odent, 2011, pp.184-190).

También la asociación entre el parto y la producción de una nueva especie está presente en la tesis de doctorado de la psiquiatra Eleanor Madruga Luzes, *A Necessidade do Ensino de Ciência do Início da Vida* (2007). De acuerdo con la autora, cuando una de las etapas del cuidado humano (concepción, gestación, parto, lactancia y los tres primeros años de vida) es respetada, la especie da un grande salto: los seres humanos bienvenidos tienen entre sus trazos el liderazgo del corazón (metáfora que traduce la posibilidad de llegar a producir un ser espiritualmente superior) y una capacidad para armonizar con el ambiente. De aquí que la autora, siguiendo la inspiración odentiana, bautice esta especie como *homo sapiens frater*, puesto que la fraternidad es su trazo psíquico expresivo.

Además, un aspecto primordial del argumento central de la tesis de Luzes (2007) reproduce fielmente el discurso higienista que ya evocaba la idea del “bien nacer”. Tomando como caso el de Brasil, en el proceso de medicalización la producción de individuos aparece asociada a la idea de amor a la patria: “La madre devota y el niño bienvenido serán el fertilizante y la semilla del adolescente del futuro adulto patriótico”. Cada una de estas ideas entra en la base de la producción cultural de un nuevo modelo de asistencia al parto en no de un avance espectacular fruto del trabajo de un equipo concreto de investigadores. ¿Qué fue, pues, lo que aprendimos en un breve período de tiempo alrededor de los años 70? Aprendimos que un recién nacido necesita a su madre [...] Para comprender la naturaleza de este instinto mamífero universal basta imaginar qué sucedería si le intentáramos arrebatar su bebé a una hembra simio justo después de dar a luz” (Odent, 2011, p.84). El autor también expresa una profunda preocupación por el futuro del género masculino (Odent, 2010b).

conformidad a la actual etapa de desarrollo del capitalismo. Para terminar de comprender este modelo, permítaseme explicar a continuación el constructo del concepto de humanización.

1.5 Humanización: evolución, sentidos y disputas alrededor de un concepto

La aparición del término *humanizar* está conectada de forma aparentemente contradictoria con el surgimiento de las intervenciones médicas en el parto. Tal como enuncia Martin (2006), los obstetras contemporáneos fueron desarrollando el rol de aliados del bebé, contra la destrucción potencial causada por el cuerpo de la madre (Martin, 2006, pp. 119-120; Diniz, 2005) o las narrativas que describían el útero como un misil mortal en el siglo XIX (Barker-Benfield, s.f. citado en Martin, 2006, p. 119), y otras de 1920 donde el trabajo de parto era como si la madre hubiera caído en una horqueta o como si la cabeza del bebé quedase presa en una puerta (Wertz e Wertz, s.f. citado en Martin, 2006, p. 119),

Por su parte, Simone Grilo Diniz registra que el término *humanizar* ya era utilizado en obstetricia médica en la década de 1920. Así, el padre de la obstetricia brasileña, Fernando Magalhaes y el maestro Jorge Rezende defendían que la narcosis y el fórceps humanizaron la asistencia al parto (Rezende, s.f. citado en Diniz, 2005, p. 628). De aquí que este concepto fuera ampliamente difundido a nivel internacional, sobre todo por el médico norteamericano Joseph DeLee (Rothman, s.f. citado en Diniz, 2005, p. 628). La publicación del artículo y discurso de DeLee a sus colegas obstetras titulado “El uso profiláctico del fórceps” (1920), defendía que el “parto es un proceso patológico” y recomendaba el uso rutinario del fórceps y de la episiotomía en cada parto. Su sugerencia era que cada paciente fuera sedada y que el éter fuese aplicado cuando el feto estuviera en el canal del parto (Odent, 2003, p. 45).

Mientras tanto, a principios de siglo en Alemania, el carácter simbólico de la humanización también estuvo asociado a los avances en el campo de la analgesia en el parto con el desarrollo de una composición de drogas (morfina y escopolamina) conocida como “el sueño del crepúsculo”, que fue bastante aceptada por las mujeres que empezaron a ir a los hospitales, al ser más controlables y permitir el uso de otras técnicas que se estaban desarrollando (Odent, 2003, p. 46). Es decir, las prácticas humanizadas surgieron de forma sistemática en el seno de la medicina obstétrica tecnocrática e intervencionista.

No fue hasta principios de los años 70 que el concepto de humanización de las prácticas asistenciales médicas pasó a ser objeto de estudio sistemático en el ámbito de la sociología médica norteamericana (Deslandes, 2006, p. 34). El evento que marcó el inicio del debate fue el simposio *Humanizing Health Care* de 1972 en San Francisco, que dedicó sus esfuerzos en

conceptualizar e identificar lo que sería humanización o deshumanización en los cuidados de salud, así como apuntar algunos factores estratégicos para evitar la deshumanización de los cuidados: “[Como la] relación médico y paciente, la formación médica, la comunicación y el acceso a la información en el proceso terapéutico, las relaciones jerárquicas y de poder en la producción del cuidado y de la toma de decisiones hasta los factores psicológicos y subjetivos involucrados” (Deslandes, 2006, p. 35).

Según Gurgel y Mochel, entre 1977 y 1980, algunas reflexiones sobre la humanización de la asistencia hospitalaria empezaron a tomar fuerza. Y el debate se sustentó fundamentalmente en la existencia de modelos gerenciales que se querían cuestionar, y donde prevalecía el “sistema hospital-empresa-administración” (Lerch, s.f. citado en Gurgel & Mochel, 2007, p. 82). Es decir, el modelo que emergió fue con la aparición de políticas de humanización estaba asociado con las políticas neoliberales y sus formulaciones simbólicas de deshospitalización, cuidados domiciliarios, y el control social de los cuerpos enfermos (Gurgel & Mochel, 2007, p. 86). No obstante, el sociólogo Paulo Henrique Martins, estudiando el proceso de institucionalización de las medicinas humanistas que empiezan a ganar terreno en el escenario global, presentó una visión distinta a la de los autores anteriores sobre el surgimiento de estas nuevas prácticas médicas:

Los EE. UU. vienen intentando imponer el capitalismo biotécnico al mundo a partir de la defensa de la superioridad lógica del interés privado y de las grandes empresas sobre aquellas del interés público y social (Chamorand 2000; Gaudillière 2000; Bourdieu 2000). Todavía, cuanto más los defensores del sistema mercantil insisten en la tecla de la mercantilización de la medicina, más surgen resistencias en contra de un proyecto como este que amenaza con provocar la ruptura de los vínculos de la medicina con la sociedad, pues para el mercado de bienes y servicios médicos se afirma que es necesario que las resistencias sociales y políticas en contra del lucro sean rotas. Así no es mera coincidencia el hecho de observar que la hegemonía del capitalismo biotécnico en el interior de la medicina oficial se hace acompañar de la expansión rápida y contraria de una reacción visando reinserir la medicina como fenómeno social⁶⁰ (Martins, 2003, p. 228)

De acuerdo con este autor, el surgimiento de las medicinas humanistas⁶¹ debían funcionar

60 Traducción libre del original: Os Estados Unidos vêm tentando impor o capitalismo biotécnico ao mundo a partir da defesa da superioridade lógica do interesse privado e das grandes empresas sobre aquelas do interesse público e social (Chamorand 2000; Gaudillière 2000; Bourdieu 2000). Todavía, quanto mais os defensores do sistema mercantil insistem na tecla de mercantilização da medicina, mais resistências surgem contra um projeto como este que ameaça provocar a ruptura dos vínculos da medicina com a sociedade, pois para que o mercado de bens e serviços médicos se afirme é necessário que as resistências sociais e políticas contra o lucro sejam rompidas. Assim não é mera coincidência o fato de se observar que a hegemonia do capitalismo biotécnico no interior da medicina oficial se faz acompanhar da expansão rápida e contraria de uma reação visando reinserir a medicina como fenômeno social.

61 En el texto, el lector no debería confundir el concepto entre medicina humanista y humanizada, que son disputas conceptuales en el debate sobre la humanización de la salud. El primero es el que refiere a “sistemas médicos de cura” elaborado por el sociólogo Paulo Henrique Martins. El segundo a protocolos médicos que se han engendrados a partir de los años 70 en EE. UU.

como una reacción a la fractura simbólica, psíquica y social producida por el sistema médico antropocéntrico y cartesiano. A su entender, el estudio de las terapias alternativas que emergían en ese contexto representaba un fenómeno estratégico para comprender la transición paradigmática de un sistema médico simple y antropocéntrico a otro más complejo, abierto y cosmocéntrico (Martins, 2003, p. 229). Estas ideas reflejan el alineamiento teórico que se desarrollará a lo largo de la primera década del siglo XXI en la esfera de la salud colectiva⁶², donde las prácticas humanizadas aparecen de forma hegemónica como un campo de oposición al capitalismo biomédico tecnocrático, permitiendo también el enmascaramiento de los marcos políticos y económicos en que se desarrollan estas políticas. De hecho, el concepto pasa por un amplio proceso de disputa teórica que posibilita diversas formulaciones y comprensiones, tanto para las políticas públicas de salud como para los protocolos de asistencia a los partos (Ayres, 2005, p. 552; Teixeira, 2005, p. 593; Benevides & Passos, 2005, p. 570; Domingues & Dias, 2005, p. 700; Barbosa, 2006, p. 325).

Así, por ejemplo, tomando como referente el marco español, una serie de factores permitieron el surgimiento del concepto de humanización en las políticas públicas de salud algunos años después de la promulgación de la Constitución Española de 1978. Según un reciente estudio sobre la humanización de la sanidad y de la salud laboral (Gálvez, 2017), una serie de documentos en el marco europeo antecedieron a las primeras políticas, en pro de la humanización en la asistencia: la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa de 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud; el Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con relación a las aplicaciones de la biología y la medicina; y finalmente, la Ley General de Sanidad. No obstante, la incorporación del tema solo se materializa con el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del INSALUD de 1984, y más tarde con el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura de 2007, hasta el más reciente Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 (Gálvez, 2017, p. 105). El tratamiento dado a la categoría en el seno de estos documentos oficiales adopta el sentido de “un nuevo modelo de gestión” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, p. 16), “calidad asistencial” (Junta de Extremadura, 2007, p. 7) y “calidad

62 Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho definen la Salud Colectiva como un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación e influenciadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o de la crítica a los diversos proyectos de reforma en salud (Granda, 2004).

del servicio que se presta” (Consejería de Sanidad, 2017, p. 15), sin una preocupación por reconstruir históricamente todo el debate.

En el campo de la asistencia al parto, el término aparece⁶³ con la publicación de los recientes protocolos que orientan los cambios por la asistencia al parto a partir de 2003, como el Protocolo de Asistencia al Parto Normal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, actualizado en 2008 en Recomendaciones sobre la asistencia al parto⁶⁴; la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2007; el Documento de iniciativa a favor del parto normal de la Federación de Asociaciones de Matronas de España de 2008; la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto Normal de 2010 del Ministerio de Sanidad y Política Social; la Guía de Práctica Clínica de Atención en el embarazo y puerperio de 2014 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y otros. Según Lázare y Fons (2016, p.27) también en Cataluña fue publicado un documento de actualización y adaptación a Cataluña de la Guía del Sistema Nacional de Salud sobre l’Atenció al Part Normal en 2013, en el sentido de promocionar la humanización de la asistencia al parto.

Volviendo al concepto de humanización, el estudio de Diniz (2005) reconstruye históricamente su discurso en el interior del movimiento social por el parto, desde una revisión del desarrollo del movimiento a nivel global, identificando siete grupos de sentidos que la humanización puede adquirir en el interior de las propuestas políticas para los protocolos de asistencia. Según esta autora, cada discurso reivindica una legitimidad que refleja un diálogo en un espacio político a ser ocupado, en el que las posiciones pueden converger o producir un conflicto (Diniz, 2005, p. 633). En este sentido, existe un conjunto de cuatro sentidos que se presentan como hegemónicos en el seno del debate por la humanización del parto, que se articulan con las políticas neoliberales y, por ende, merecen atención especial para una revisión crítica: los sentidos de legitimidad de la Medicina Basada

63 Donde la humanización aparece como eje de la buena práctica médica: “Igualmente considera que la atención al parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2008, p.1)

64 En dicho protocolo se define el parto humanizado como parto no intervenido: “Parto no intervenido (parto sin medicalizar no intervenido) 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)” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2008, p.2)

en Evidencias, profesional y corporativa, financiera de los modelos, y de la participación en las decisiones. En definitiva, el estudio de Diniz (2005) permite identificar algunas prácticas discursivas sobre humanización:

Tabla 1. *Sentidos de humanización en el parto*

Legitimidad del discurso	Prácticas asociadas
Medicina basada en evidencias	Atención respaldada por prácticas que sean basadas en la evidencia científica
Política de los derechos de las mujeres, familias y niños	Pautada en las ideas de humanismo y derechos humanos
Tecnología adecuada en la salud de la población	Asociada a los mejores resultados en salud a nivel individual y colectivo
Profesional y corporativa	Redefinición de los roles y poderes en el escenario del parto
Financiera de los modelos de asistencia	Pautada en la racionalidad del uso de los recursos
Participación de la parturienta en las decisiones sobre su salud	Promoviendo una mejora en la relación médico-paciente al poner énfasis en la importancia del diálogo
Derecho al alivio del dolor	Inclusión de los pacientes al consumo de procedimientos humanitarios restringidos a pacientes de la asistencia privada como la analgesia en el parto

Fuente: (Diniz, 2005, pp. 633-635)

Es preciso definir cuál es el sentido de humanización que será adoptado en esta tesis. No existe una definición única. Sin embargo, podríamos decir que existe un sentido hegemónico que la define. Este sería que es una técnica corporal de asistencia basada en la evidencia científica, es decir, una práctica orientada discursivamente por el paradigma de la Medicina Basada en Evidencia. Por Medicina Basada en Evidencias (MBE) se entiende el paradigma que fue desarrollado a mediados de la década de los 80⁶⁵ en la Universidad de McMaster (Canadá), pretendiendo sistematizar y dotar de coherencia científica la práctica médica. Entendiéndose como “una transición paradigmática originada en imperativos de orden económico y cognitivo sobre una medicina basada en observaciones no sistematizadas. La experiencia clínica personal, impuesta de forma arbitraria, empobrecería la producción de certezas y la eficacia terapéutica” (Drummond, s.f. como se citó en Vasconcellos-Silva & Castiel, 2014, p. 500).

⁶⁵ En un apartado más adelante se profundizará el desarrollo histórico de este paradigma.

Desde la antropología del parto y nacimiento, Davis-Floyd (2000) también colaboró conceptualmente para la comprensión de la humanización en el escenario del parto. Según la autora, el modelo humanizado nace como una reacción a los excesos del modelo tecnocrático. Para ella, se refiere a una vindicación de la humanización de la tecno-medicina con el objetivo de tornarla más relacional, recíproca, individualizada, receptiva y empática, listando doce características principales que circundan esta práctica de asistencia.

Por consiguiente, se deben presentar algunas investigaciones históricas y reflexiones teóricas de algunas feministas que ayudan a comprender el propio desarrollo del feminismo, en el contexto del desarrollo de estas políticas neoliberales aplicadas al parto de las mujeres. No se trata aquí de imponer una verdad discursiva feminista de análisis sobre el contexto histórico, pero sí que es una tentativa de articular algunas voces que desde esta perspectiva, presentan una reflexión pertinente e inspiradora sobre las articulaciones conceptuales que desarrollamos en la tesis y por ello, contribuyen al análisis y a la mirada crítica del objeto de investigación. Seguidamente, se debe ver cómo el parto humanizado desde sus orígenes se articula con corrientes y voces feministas a lo largo del siglo XX.

2 Interfaces del feminismo y de la lucha por la humanización del parto

2.1 El feminismo maternalista y la construcción del estado de bienestar social

El opresor no sería tan fuerte
si no tuviese cómplices
entre los propios oprimidos.
Simone De Beauvoir

En este capítulo se repasan investigaciones históricas y reflexiones teóricas de algunas autoras que ayudan a comprender el desarrollo del feminismo, y el contexto del desarrollo de las políticas neoliberales aplicadas al parto de las mujeres. Porque resulta preciso señalar y deconstruir dos aspectos: 1) el imaginario crítico de la literatura feminista sobre humanización del parto que describe el proceso de medicalización y hospitalización de la asistencia al parto como un proceso de imposición e invasión de los hombres en el escenario de la asistencia; y 2) aclarar cuál es el contexto social y económico de las mujeres cuando se dan estos procesos de intervención en sus vidas, cuerpos y experiencias de parto⁶⁶.

En una obra organizada por Gisela Bock y Pat Thane titulada *Maternidad y Políticas de Género (1996)*, un conjunto de autoras, al reflexionar sobre el desarrollo de los estados de bienestar de siete países europeos, ofrecieron algunas ilustraciones para comprender la situación social de las mujeres en el contexto de la primera ola del feminismo en Europa, así como la centralidad de la situación de la maternidad como una prioridad política en el interior del movimiento. Un rasgo común en los ensayos de estas autoras es la lucha por el reconocimiento de la dignidad económica, social y política de la maternidad (Bock & Thane, 1996, p. 46) y el tema de la pobreza como problema central de la condición social de las mujeres y madres (Bock & Thane, 1996, p. 30). Como se ilustra y se analiza a continuación, la peculiaridad que aparece en estos estudios de las políticas de género en Europa es que el proceso de medicalización de la asistencia al parto aparece en la literatura como resultado de la colaboración y enunciación de líderes feministas, como necesidades concretas para mejorar las condiciones sociales de las madres de aquellos tiempos. Permítaseme presentar algunas ilustraciones.

Según Blom (1996), entre 1900 y 1930, Katti Anker Møller luchó para establecer políticas

⁶⁶ No se trata aquí de imponer una verdad discursiva de análisis sobre el contexto histórico, pero sí que es una tentativa de articular algunas voces que desde esta perspectiva, presentan una reflexión pertinente e inspiradora sobre las articulaciones conceptuales que se han desarrollado y, por ello, contribuyen al análisis y a la mirada crítica del tema sobre la humanización del parto. Seguidamente, se expone cómo a lo largo del siglo XX el parto humanizado se articula con corrientes y voces feministas.

públicas para la promoción de lo que llamaba *maternidad voluntaria y responsable* en Noruega. Para Møller era necesario que las mujeres se encargasen de todos los aspectos para crear las condiciones ideales para la maternidad, desde el control de los métodos de planificación familiar hasta la asistencia a los partos normales. Sin embargo, ella hacía excepciones en el caso de partos complicados “y estaba de acuerdo con los médicos en que dichos partos recibirían mejor tratamiento en el hospital” (Bock & Thane, 1996, p. 56). A partir de 1916, Møller se involucró en la preparación de comadronas y participó activamente para “establecer maternidades locales, especialmente en las ciudades [...] (las cuales) se convirtieron muy rápidamente en clínicas de maternidad supervisadas por médicos varones” (Blom, 1996, pp. 56-62). Esta iniciativa personal y pionera de Møller ilustra de una forma muy concreta su contribución por la consecuente medicalización y hospitalización del parto, puesto que la creación de la Maternidad de Oslo en 1924, en 1937 inspiró la creación de “maternidades similares en otras trece ciudades [y puso otras] seis más en preparación”. No obstante, las ideas de Møller sobre la maternidad como un ámbito de responsabilidad exclusiva de las mujeres permitieron la apertura del campo para la penetración y control de los hombres sobre el proceso de la asistencia al parto, por ejemplo:

Møller era partidaria del *parto sin dolor* y aceptaba que los partos complicados debían realizarse en el hospital. Nunca se opuso a la tendencia al alza de nacimientos hospitalarios y nunca declaró expresamente su deseo de aumentar mujeres especialistas en obstetricia y ginecología. Parece que daba por sentado que incluso en los hospitales, serían las comadronas las encargadas de la mayor parte de la asistencia. Pero en este aspecto, su inclinación a cooperar en todo lo posible con la profesión médica la llevó a defender ideas algo incongruentes. (Blom, 1996, p. 62)

Según el ensayo de Blom (1996), Møller era “nacida y fue educada entre intelectuales liberales y ligada por un matrimonio a una familia rural liberal desahogada”. Además, su preocupación por las madres solteras, aborto y planificación familiar, y su tendencia eugénica moderada, le aproximó a una organización alemana llamada *Liga para la Protección de las Madres y para la Reforma Sexual* (“Bund für Mutterschutz und Sexualreform”). Ello se constata en una cita que habla del “temor neomalthusiano y eugénico de la multiplicación de las clases más pobres e incapaces en detrimento de las clases medias más prudentes” (Bock & Thane, 1996, p. 52), retirada de sus archivos de la Biblioteca de la Universidad de Oslo, que sugiere que se carteaba con sociedades o movimientos eugenésicos, a pesar su repulsión al debate del I Congreso Internacional de Eugenesia realizado en 1912 en Londres (Blom, 1996, pp. 57-67). También, según Blom (1996), Møller conoció a líderes de la Liga Malthusiana y estuvo atraída por “su interés en aliviar la pobreza a través de la planificación familiar”,

recibiendo durante años revistas de esta asociación. Asimismo, mantuvo correspondencia con el holandés Dr. Johannes Rütger y el británico Dr. Drysdale de la Liga Malthusiana, llegando a establecer una delegación noruega de la asociación (Blom, 1996, p. 68). Además, tal como relata Blom (1996), Møller defendía las pautas del Partido Laborista que demandaba “una asistencia pública para las madres necesitadas financiadas a través de los impuestos” y se veía inspirada por ideas socialistas, citando a Marx y Bebel para defender sus ideas sobre la “emancipación de la maternidad”:

Sostenía que la responsabilidad del Estado en la producción como tal debía ir acompañada de una responsabilidad estatal en la producción de niños, es decir, el Estado debía encargarse de mantener económicamente a madres e hijos. Møller hablaba de ‘huelga de natalidad’ y de la ‘lucha de las madres por salarios mejores’; equiparaba la maternidad a la producción, inducía a las mujeres a ‘ser parcas en la producción, de modo que el producto, los bebés, fuese más caro’ y se impusiese una subida salarial. Esta forma de expresarse fue especialmente entre 1915 y 1918, y suscitó críticas violentas, procedentes incluso de mujeres socialistas, por pasar por alto la vocación a la maternidad y los sentimientos que unen a la madre, hijos y padre en una alianza de amor. (Blom, 1996, pp. 71-72)

Para Katti Anker Møller, “dar a luz y alimentar a la nueva generación, trabajo exclusivo de las madres, podía compararse totalmente con el trabajo agrícola, industrial o comercial” (Ibsen & Seip, 1996, p. 98), una metáfora que es captada más adelante en el trabajo de Emily Martin (2006) que describe, por ejemplo, la asistencia médica intervencionista y hospitalaria al parto como un repertorio incorporado de la producción industrial. Por consiguiente, Møller no deja de ser un ejemplo controvertido sobre cómo se han elaborado este tipo de metáforas a nivel histórico.

Por otra parte, las feministas socialistas de Noruega evocaron el *amor* y la *vocación maternal* como un argumento crítico, frente a la evidente demanda de la situación económica de la maternidad en el país en el período cercano a la Primera Guerra Mundial. El trabajo de Ibsen y Seip (1996) enunció que “el problema económico planteado por la manutención y cuidado de los hijos se articulaba [...] como un problema salarial para aquellos que debían mantener una familia [...] y formaba parte del problema de la pobreza” (Ibsen & Seip, 1996, pp. 83-84). Es decir, que en el desarrollo de un conjunto de políticas para dar a luz y cuidar de los hijos resultaba fundamental el diseño y desarrollo de políticas para servicios de atención que mejorasen la situación social y económica de las mujeres que daban a la luz.

En este sentido, vale la pena puntualizar ahora una serie de regularidades discursivas encontradas en otros países europeos. Empezando con Suecia, según el trabajo de Ohlander (1996, p. 119), en el siglo XVIII, la esperanza media de vida de los suecos era de 35 años. A lo largo del siglo XIX, las familias eran numerosas, pero los niños morían antes de cumplir el

primer año de vida. Datos de 1900 evidencian que una quinta parte de los niños nacidos moría antes de cumplir un año. Sin embargo, la mortalidad infantil cayó a tal punto que en 1930, Suecia tenía una de las tasas de mortalidad infantil más bajas del mundo, como resultado de una fuerte política socialdemócrata (Ohlander, 1996, p. 120). Estas prácticas sociales desarrolladas en Suecia presentan la misma regularidad discursiva en las políticas sociales del Reino Unido entre 1914 y 1945 como parte de la presión de organizaciones de mujeres y laboristas, así como de las intervenciones que se conocen como metáforas de la injerencia del poder médico, no aislado de su relación con el poder gubernamental:

En 1900, el punto 12 el programa municipal de refería a la “instalación de cantinas municipales y escolares para la venta de comidas buenas y sanas al precio más bajo posible; la puesta en marcha de un programa de comidas gratuitas para los niños en edad escolar cuyos padres quisieran subscribirse”. Iniciativas que se platearon en 1901 y 1905. En 1905 fue todavía más lejos y reclamó la organización de campamentos de vacaciones para los niños débiles y enfermizos de las ciudades. En 1908, incluyó asistencia médica en las escuelas, atención médica gratuita y la organización de actividades deportivas, lúdicas y de ejercicio físico. [...] En 1911, se abogó por cambios más sustanciales: “con objeto de proteger y cuidar de las mujeres y la nueva generación, es menester adoptar las medidas que figuran a continuación. Deberán crearse hogares de maternidad y de reposo para el uso de las mujeres antes y después de dar a luz. Deberá nombrarse una autoridad municipal encargada de proteger los derechos de las mujeres y de los niños. Las mujeres deberán tener la posibilidad, con ayuda de un subsidio si así lo desean, de amamantar a sus hijos. La atención médica será obligatoria para todos los niños en los primeros años de vida. Las ciudades deberán velar por la salud infantil proporcionando subsidios para la compra de leche y centros diurnos de acogida con comida gratuita para los niños subalimentados; vacaciones en el campo para los débiles; fortalecimiento de las competencias de los centros de juventud. (Ohlander, 1996, p. 122)

Las mujeres laboristas pedían la participación de las mujeres de clase obrera en la administración de nuevos servicios, idealmente integrados en un servicio de maternidad global y estatal que emplease a mujeres [...] En 1922, incluía servicios médicos gratuitos para toda la población, “ayudas domésticas” para las madres, alimentos y leches gratuitos o a bajo precio para embarazadas y lactantes, así como para los niños en edad escolar o más pequeños [...] Desde 1917 el gobierno central proporcionó más fondos para las comadronas, médicos y servicios parto, especialmente en las regiones más pobres del país. Desde 1915 también subvencionó clases para enseñar a las mujeres conocimientos prácticos sobre la maternidad [...] En 1918 Margaret Llewelyn Davies, secretaria general del Gremio Cooperativo de Mujeres postulaba de forma convincente una idea respaldada por la mayoría de las mujeres laboristas, a saber, que la “dote estatal para las madres” debía combinarse con la aplicación de los servicios de salud, bienestar social, vivienda y enseñanza, destinados a dar a los niños lo que no podían garantizarles unos padres pobres ni cualquier renta realista que estos pudiesen percibir. Margaret Llewelyn Daves sostenía que los pagos realizados por el Estado darían a las mujeres mayor libertad e independencia, además de redistribuir la riqueza, relanzar la economía al aumentar el poder adquisitivo y fortalecer la posición de los trabajadores en huelga [...] Estos argumentos siguieron siendo fundamentales en las reivindicaciones de los subsidios familiares por parte del movimiento laborista hasta que por fin se adoptaron en 1945. (Lewis, 1996, pp. 194-202)⁶⁷.

67 ¿Hemos leído un relato histórico de grandes traidoras? ¿O todo lo producido sobre estas relaciones se tratan de una farsa discursiva histórico-conceptual de la literatura feminista sobre la medicina, el patriarcado y el Estado? Ehrenreich y English (2006, pp.23-24) explican que “Movimiento Popular para la Salud (Popular Health Movement de 1840 - 1880) presentándolo como la culminación de la charlatanería y la superchería

Los resultados de largo plazo de estas prácticas discursivas emprendidas por las mujeres, bajo el propósito de mejorar la situación social de las madres descritas en estas ilustraciones, son evidentes y mensurables actualmente en la realidad social. Las políticas impulsadas por las mujeres y feministas en aquellos tiempos estaban basadas en las necesidades concretas de las madres de estas poblaciones, sin embargo, representan una evidencia de la relación entre la intervención, la medicalización y la enunciación de una mujer, como se puede observar en otra ilustración sobre el movimiento de mujeres trabajadoras francesas del inicio del siglo y de las feministas alemanas del mismo período:

En el Congreso de 1900, Blanche Edwards-Pillet presentó un informe sobre la salud de la mujer trabajadora que cumplía “su función fisiológica: la función de ser madre”. Esta era, en su opinión, una función social, comprendida como el derecho de la mujer a una asistencia adecuada antes y después del parto. Para ella la mujer embarazada era una “funcionaria social” y sostenía que a cambio del “enorme esfuerzo de maternidad”, la sociedad debería proporcionarle “comida, vivienda y descanso esencial”. Edwards-Pillet puso en práctica sus ideas cuando en 1901 creó, junto con Augusta Moll Weis, la Ligue des Mères de Famille (Liga de las Madres de Familia), cuyo objetivo era asistir y aconsejar a mujeres de clase obrera en asuntos maternos y darles la oportunidad de parir en sus propios hogares. (Cova, 1996, pp. 228-229)

“La maternidad es una función social”, escribía Lily Braun en 1901, y Alice Solomon declaraba en 1908 que el interés primordial “del nacimiento del mayor número posible de niños sanos capaces de convertirse en ciudadanos productivos” no era el de la familia, sino el de “la sociedad y el Estado” [...] “Nuestra protección de la maternidad traerá consigo mejoras inauditas de la raza y garantizará el poder mundial de Alemania gracias a una prole sana y fuerte” decía María Lischnewska en el Congreso Internacional para la Protección de la Maternidad celebrado en 1911 en Dresde, mientras abogaba por la concesión de una prestación familiar a partir del tercer hijo para familias con una renta anual máxima de 5000 marcos [...] Marianne Weber, Alice Salomón, Helena Langa, Gertrude Bäumer, entre otras, compararon el empleo de las mujeres en trabajos manuales con la maternidad desde el punto de vista del valor de ambos. Se preguntaban cómo podían hacer valer mejor la energía de las mujeres, tanto en beneficio de la sociedad como para su propio desarrollo, y la respuesta unánime era a favor de la maternidad, como “profesión cultural”. (Stoehr, 1996, pp. 390-392)

Estos casos ilustrativos son datos significativos, en la medida que apuntan para las líneas maestras, bajo las cuales está centrada la revolución paradigmática de las prácticas discursivas emprendida por autoras claves feministas en los años 1970, como Adrienne Rich y el Colectivo de las Mujeres de Boston que impulsaron la crítica de las intervenciones

médicas en los EE.UU. El Movimiento representó un ataque radical contra la medicina de élite y una reafirmación de la medicina popular tradicional. Fue el lema de un sector del Movimiento, y dejaron bien claro que con ello se referían también a cada mujer [...] El apogeo del Movimiento Popular para la Salud coincidió con los albores de un movimiento feminista organizado y ambos estuvieron tan íntimamente ligados que resulta difícil decir dónde empezaba uno y dónde acababa el otro. Según el conocido historiador de la medicina Richard Shryock El movimiento sanitario se preocupó de los derechos generales de la mujer y el movimiento feminista prestó particular atención a la salud de la mujer y sus posibilidades de acceso a los estudios de medicina”.

médicas en el cuerpo femenino y de la maternidad como institución. En este sentido, se observa que el discurso de no-intervención que se desarrolla más adelante, en la voz de las mujeres y feministas funciona como un eufemismo para la destrucción de políticas sociales y del Estado de Bienestar que el contexto socio-económico de los años 1970 empieza a engendrar. En los próximos apartados se pretende explicar cómo se desarrolla esta nueva formación discursiva, es decir, las semillas de las contradicciones, las resistencias, la serie de rupturas que se terminaron de evidenciar en las prácticas sociales de feministas y movimientos que defendieron los derechos de las madres en el contexto histórico de medicalización/deshumanización de los partos.

2.2 Feminismo y reacción crítica y teórica a la ofensiva neoliberal

La lucha feminista por la humanización del parto, es decir, la lucha por el reconocimiento del derecho al respeto a la elección en la experiencia del parto es un modelo de movimiento social que encaja en lo que la filósofa estadounidense Nancy Fraser categorizó como “una forma paradigmática de conflicto político de finales del siglo XX” donde “identidades grupales sustituyen intereses de clase como principal incentivo para la movilización política” (Fraser, 2001, p. 245). Para la autora, el movimiento feminista que aparece en los 70 se había vuelto incapaz de seguir asumiendo la social democracia como base para la radicalización y, por lo tanto, gravitó hacia otras gramáticas de reivindicación política, donde la justicia social será redefinida como un reconocimiento de las diferencias (Fraser, 2011, p. 38).

En un análisis sobre el surgimiento de la segunda ola feminista, este segundo momento del desarrollo histórico y político del feminismo, la autora identificó un conjunto de categorías del capitalismo organizado por el Estado que fueron los principales puntos de crítica en la discusión política del movimiento de aquellos años: la crítica del economicismo, del androcentrismo, del estatismo y del westfalianismo.⁶⁸ La autora sintetizó los ejes de la reflexión crítica y teórica feminista en el siguiente contexto (Fraser, 2009, pp. 18-21):

- 1) La segunda ola está marcada por la politización de lo personal, expandiendo el significado de justicia para desvendar otras injusticias localizadas en otros lugares – familia, tradiciones culturales, sociedad y vida cotidiana. La noción de justicia se desplaza hacia una visión de subordinación sistémica fundamentada en estructuras profundas de la sociedad.
- 2) Las feministas localizan la injusticia de género en una división sexista del trabajo que

⁶⁸ Término acuñado por Fraser para referirse al Welfare State.

devalúa las actividades remuneradas y no remuneradas ejecutadas por las mujeres. El resultado es una crítica que integra economía, cultura y política, en un análisis sistemático de la subordinación de las mujeres en el capitalismo organizado por el Estado.

- 3) Se produce un profundo rechazo al *ethos* burocrático-gerencial del capitalismo organizado por el Estado y, por ende, se une a la crítica de la organización fordista ampliamente difundida en los años 60, interpretando que la cultura jerarquizada de las instituciones expresa la masculinidad modernizada del extracto profesional-gerencial del capitalismo organizado. Vislumbraron un Estado Democrático y participativo que empodera a los ciudadanos.
- 4) Dado el escenario global de guerras, el movimiento es sensible a las injusticias transnacionales y la crítica de género se entrelaza con una crítica al imperialismo, basado en un entendimiento expandido de la injusticia y en la crítica sistémica de la sociedad capitalista.

Ahora bien, el escenario en que las feministas empiezan a emprender todas estas críticas, desplazando su debate para una acción política culturalizada por el reconocimiento, ocurre precisamente en el período en que el neoliberalismo estaba planificando su retorno al escenario (Fraser, 2007, p. 297). Para la autora, “el giro al reconocimiento encajó muy fácilmente en un neoliberalismo ascendente que no quería sino reprimir cualquier recuerdo del igualitarismo social” (Fraser, 2015, p. 254). Es decir, lo que parece claro para Fraser es que las circunstancias históricas y políticas de aquellos años exigían una doble crítica de la economía política. Sin embargo, este espíritu crítico no solo se fragmentó y se desgajó de la crítica económica, como también de la crítica del capitalismo que antes integraba el movimiento, sino que este alejamiento, según la autora, permitió quizás una atracción del feminismo hacia una relación peligrosa con el neoliberalismo (Fraser, 2015, p. 255). Para intentar responder a este proceso de convergencia del movimiento feminista con el nuevo desarrollo del capital, la autora en mención sugirió una explicación:

¿Cómo se explica, si es que existe una explicación, nuestra “relación peligrosa” con el neoliberalismo? ¿Somos víctimas de una terrible coincidencia? [...] ¿O hay una afinidad electiva oculta entre feminismo y neoliberalismo? Si dicha afinidad existe, radica, sugiero yo, en la crítica a la autoridad tradicional.⁶⁹ Dicha autoridad es un viejo objetivo del activismo feminista [...] Pero la autoridad tradicional también aparece en algunos períodos como un obstáculo a la expansión capitalista, parte del fondo social circundante en el que los mercados han estado históricamente integrados y que ha servido para confinar la racionalidad económica dentro de una esfera limitada. En el momento actual, estas dos críticas a la autoridad, una

⁶⁹ Fraser utiliza un eufemismo para referirse al estado.

feminista y otra neoliberal, parecen converger. (Fraser, 2015, p. 260)⁷⁰

Por otra parte, la filósofa española Ana de Miguel está de acuerdo con que el amplio debate de la lucha de clases dejó de ser el eje central de los debates y conflictos sociales (De Miguel, 2015, p. 181). En consonancia con ello, los nuevos movimientos sociales presentan formas de acción y organización que se acercan más a la imagen de una “minoría activa”, redes y laboratorios sociales centrados en la defensa de un nuevo paradigma social (De Miguel, 2015, pp. 183-186). Igualmente, sostiene que el concepto de identidad fue uno de los “más utilizados para caracterizar esta nueva forma de acción colectiva”, entendida como “una construcción social en continua elaboración y con fines emancipatorios”. Aunque reconoció que estos nuevos movimientos: “Acentuaban el enraizamiento en los conflictos de clase de la sociedad capitalista, [...] la mayoría de los investigadores actuales destacan el componente interclasista y [...] se sostiene el paso de divisiones estrictamente económicas a otras basadas en valores y fines, en definitiva, en una *comunidad de ideas*”⁷¹ (De Miguel, 2015, p. 187).

Esta misma autora indica que una de las aportaciones más significativas de este contexto del movimiento feminista fue la creación de pequeños grupos de actividades donde se practicaba la autoconciencia (*consciousness-raising*), desarrollado en Nueva York por el colectivo *Radical Women* en 1967 (De Miguel, 2015, p. 227). En esos espacios, cada mujer podía explicar las formas en que experimentaba su opresión y, desde ahí, desarrollar una salud y una ginecología no patriarcales, animándose unas a las otras a que conocieran su propio cuerpo (De Miguel, 2015, pp. 227-228).

La aparición de estas prácticas sociales en el interior del movimiento feminista cobra bastante sentido cuando Judith Butler explica cómo las luchas sociales alrededor de la sexualidad fueron estructurantes para la transformación de la economía política, y cómo el discurso del psicoanálisis de los años 70 y 80 “se introdujo para mostrar de qué modo operaba el parentesco para reproducir personas de acuerdo con las formas sociales que servían al interés del capital” (Butler, 2011, p. 265); lo que también confirmó Donna Haraway, al investigar el discurso de la sociobiología como ciencia de la reproducción capitalista (Haraway, 1991, p. 72). La autora llegó a la conclusión de que el desarrollo de la sociobiología tenía como objetivo social “el control estadístico de las masas mediante sofisticados sistemas de comunicación” que se desarrollaban a partir de técnicas de

⁷⁰ Es una posibilidad que la aproximación del feminismo al neoliberalismo se basa en una afinidad teórica discursiva coincidente. La autora de esta tesis demostrará que hubo otras vías de compenetración entre los dos.

⁷¹ ¿Ora, tales características no se asemejan a las prácticas de los think-tanks? La nueva lucha política y social de fin de siglo aparece como *disidencia controlada*. Gracias a mi amigo Félix por el concepto muy explicativo.

optimización (Haraway, 1991, p. 76). Además, localizó la aparición de estos discursos de ingeniería humana en los años 30 y describió el mecanismo de su funcionamiento, que impulsó el desarrollo de una serie de tecnologías de poder en el interior de la ciencia de la siguiente manera:

La ingeniería humana, bajo la forma de gestión del personal, integró los métodos de las ciencias físicas, biológicas y sociales buscando producir armonía, espíritu de equipo y ajustes. La estructura de cooperación abarcaba por completo la compleja división del trabajo y la autoridad en la producción capitalista y en la reproducción. Por supuesto, la cooperación incluía la organización racional de lo manual y de lo intelectual, de la subordinación y del dominio, del instinto y del intelecto. La motivación era un problema de gestión [...] era asimismo un problema biomédico que necesitaba detallados conocimientos fisiológicos, de las “irracionalidades” que podían convertirse en patológicas [...] y condujeron a la proliferación de disciplinas científicas tales como la endocrinología, los estudios de la personalidad diferenciados según el sexo, la psicoterapia freudiana, la antropología basada en la personalidad y la cultura, las doctrinas eugénicas de higiene racial y los consejos sexuales a través del movimiento de control de la natalidad. (Haraway, 1991, p. 79)

Según la autora, la investigación de lo personal, como un estudio del factor humano de producción, se convirtió en una disciplina clave de la nueva era. El instrumento táctico de estos conocimientos era conducir el crecimiento de la “cooperación inteligente para reemplazar la lucha de clases ante el mundo del trabajo y el capitalismo mal adaptado y evolutivamente pasado de moda del *laissez-faire*” (Haraway, 1991, p. 92). Asimismo, explicó que la clave era la optimización, el desarrollo de un tipo de sistema que fuera capaz de sobrevivir bajo cualquiera condición, es decir, producir un tipo de persona con una alta capacidad de adaptabilidad (Haraway, 1991, p. 106). Para esta autora:

La situación actual de las mujeres es su integración/explotación en un sistema mundial de producción/reproducción y de comunicación llamado informática de la dominación, donde el hogar, el lugar de trabajo, el mercado, la plaza pública y el cuerpo [...] pueden estar dispersados y conectados de manera polimorfa [...] con enormes consecuencias para sus vidas. (Haraway, 1991, p. 279)

De igual manera, describió una serie de características de este escenario transicional para la informática de la dominación, que son muy útiles para comprender los discursos de las técnicas de asistencia al parto humanizado formulada por los expertos:

Las estrategias de control aplicadas a las capacidades de las mujeres para dar a luz a nuevos seres humanos serán desarrolladas en el interior de los lenguajes de control de la población y de optimización del logro de objetivos con vistas a cargos directivos individuales. Las estrategias de control serán formuladas en términos de tasas, costos de las dificultades y grados de libertad. (Haraway, 1991, p. 278)

En palabras de la misma autora, entre las múltiples transformaciones de la situación de la reproducción en este contexto, la medicina gana un papel privilegiado “a través del cual los cuerpos de las mujeres tienen fronteras permeables a la visualización y la intervención”

(Haraway, 1991, p. 289). Todas estas cuestiones quedan despejadas cuando la autora explica que la nueva revolución del capital está produciendo también una nueva clase trabajadora acompañada de nuevas sexualidades y etnicidades, algo que Richard Gordon denominó “economía del trabajo casero”:

Gordon llama “economía del trabajo casero” a la reestructuración del trabajo que en general, posee las características que antes tenían los empleos de las mujeres, empleos que solo eran ocupados por estas. El trabajo, independientemente de que lo lleven a cabo hombres o mujeres, está siendo redefinido como femenino y feminizado [...] donde la fábrica, el hogar y el mercado están integrados en una nueva escala y que los puestos de las mujeres son fundamentales y necesitan ser analizados con respecto a las diferencias entre las mujeres. (Como se citó en Haraway, 1991, p. 284)

Por su parte, la feminista italiana Cristina Morini llama a este modelo biocapitalismo o capitalismo cognitivo, y subraya que su elemento cardinal se fundamenta en la noción de diferencia, la cual tiene que ver de forma profunda con la nueva producción de subjetividad, conectada a los actuales paradigmas productivos (Morini, 2014, p. 40). Para la autora, los conceptos de diferencia y de precariedad son cruciales en el actual proceso de producción (Morini, 2014, p. 41). Para entender la articulación de estas categorías, la autora en mención presenta un análisis de Marazzi que ilustra “cómo las opiniones personales entran en los procesos de acumulación y valorización, [...] dichos comportamientos vivifican toda la economía y muestran la naturaleza del modo de producción capitalista contemporáneo” (Marazzi, s.f. citado en Morini, 2014, pp. 63-64). Así pues, se trata de reducir las vidas y su complejidad a patrimonio estratégico de la empresa (Morini, 2014), donde “la libertad y la autodeterminación se vuelven elementos necesarios para estimular la creatividad y la innovación productivas, es decir, son funcionales en la realización productiva” (p. 90). En este sentido, “el cuerpo de las mujeres es el cuerpo biopolítico por excelencia, el objeto de inversión del consumo y de la publicidad, el soporte primario del deseo mercantil” (Morini, 2014, p. 30). En ese orden de ideas, “el papel de los medios de comunicación en el control de los deseos es una realidad total” (Morini, 2014, p. 129). Y cuando se traslada el modelo de parir y nacer a este contexto ultramediático se observa cómo las técnicas corporales se insieren en “un principio ideológico fuertemente penetrante –elevado a forma de verdad– dirigido a institucionalizar un cierto tipo de existencia transformándola en costumbre y regla social, un modelo al que todos y todas tendemos” (Morini, 2014, p. 130).

Además, se resalta que el actual modelo económico de servicios se inserta en un amplio “contexto prostitucional en el que los elementos sexuados son utilizados por el mercado como un recurso económico” (Morini, 2014, p. 135); no debería sorprender que uno de los

aspectos más explotados de la producción filmica sobre partos humanizados sea el de la representación del modelo y de la experiencia vinculados al sexo y el orgasmo. El cortometraje de la antropóloga mexicana Naoli Vinaver *Birth Day* (2003), la película *Birth as we know it* (2006) de Elena Toneti-Vladimirova y *Orgasmic birth - The best-kept secret* (2008) de Debra Pascali-Bonaro son ilustraciones de cómo este discurso fue bien construido en el interior del movimiento por la humanización del parto. El tema del sexo vinculado al parto parece clave en un escenario en que este mercado alcanza los 600.000 millones de euros al año (Morini, 2014, p. 135). Obviamente, esta no es la única explicación para la explotación de las relaciones a nivel conceptual y táctico-publicitario. Según Walter (2010), la liberación sexual fue uno de los principales objetivos políticos del movimiento feminista, y muchas obras que aparecieron en la época influenciaron en la metanoia para el disfrute de su sexualidad sin las restricciones sociales, como la obra “La mujer eunuco” de Germaine Greer de 1970, “El cuaderno dorado” de Doris Lessing de 1962 y “La habitación de las mujeres” de Marilyn French de 1977, que abrieron estas posibilidades de libertad de expresión de la sexualidad (como se citaron en Walter, 2010, pp. 109-110).

Empero, un punto que resulta clave en toda esta coyuntura es que “el trabajo doméstico, el trabajo de reproducción no pagado de las mujeres se convierte también en un interesante prototipo de esta fase del capitalismo” (Morini, 2014, p. 140). De esa forma, el análisis de la autora proporciona una clara justificación económica para explicar el porqué de la revalorización de las comadronas en el escenario de la asistencia al parto, así como del retorno al parto domiciliario:

El trabajo no pagado de las mujeres transforma el paradigma de la producción contemporánea en su aspecto más vistoso: el valor producido por el trabajo excede hoy la remuneración; solo se paga una mínima parte de la actividad que se ofrece. El trabajo vivo reproductivo, en la medida en que ha permitido reducir el coste de la fuerza de trabajo, es decir, el salario que se necesita para vivir (a sabiendas de que ciertas tareas han sido asumidas por las mujeres gratuitamente), ha permitido aumentar el beneficio del capital. Y es esto lo que hoy se produce de una manera cada vez más generalizada. (Morini, 2014, p. 141)

Para Gefaell (2015), estas son tácticas que llevan a la necropolítica, “una política en la cual la vida es objeto de cálculos”, en que se deja morir a los no-rentables y se les culpabiliza por su situación, por ser una carga social y por no *emprender*, funcionando como una especie de gestión de la exclusión (Gefaell, 2015, pp. 22-23). Así pues, la autora denuncia el fuerte papel de los expertos en el campo de la salud en la expansión de las tareas de control social y cómo esta sutil política del conocimiento especializado que se introduce en el interior de los espacios sociosanitarios se alimenta tácticamente de todo un repertorio discursivo

“pseudopsicológico y conductual del nuevo emprendedor para gestionar, despolitizar e individualizar la realidad social. Eficacia, eficiencia, producto, objetivos, uso racional... son palabras que controlan e introducen la sutil violencia del neoliberalismo en todas las facetas de la vida.” (Gefaell, 2015, pp. 62-65).

Por otra parte, para Jules Falquet (2014), recuperar la antigua tradición feminista de cuestionamiento de la economía es hoy más válido que nunca. La autora ofrece una pista importante para el retorno del pensamiento y de la crítica teórica sobre estos aspectos que no se dejan de tener en cuenta en el análisis:

Las investigaciones también subrayan que una de las dinámicas centrales de la mundialización neoliberal se juega alrededor de la reorganización de la reproducción social, tanto como en torno a los complejos militar-mediático-industriales - lo que construye una segunda pista a seguir: la necesidad de trabajar la simultaneidad de las transformaciones en los dos campos y de otorgar más importancia a los análisis feministas del complejo militar-industrial (Falquet, 2014, p. 7)

Para comprender todo este escenario descrito por las feministas críticas del neoliberalismo, explicaré a continuación como cambia las prácticas discursivas sobre parto a lo largo del siglo XX, más específicamente, como se desarrolla una línea feminista del discurso sobre parto.

2.3 Breve genealogía del movimiento de mujeres y feministas alrededor del parto

Volviendo atrás en el tiempo, con la explosión del método de Dick-Read, en los años 40, se fue creando una variedad de métodos introducidos por sus discípulos (Vellay, 1967, p. 48). Este es el caso de una enfermera norteamericana llamada Margaret Gamper, que creó una de las primeras escuelas de parto en los EE. UU. al entrar en contacto con las teorías de Dick-Read. A finales de los años 40, Gamper produjo y exhibió la primera película de parto en las Américas, causando escándalo (Lieberman, 1992, p. 46), publicó también sus ideas en una obra llamada *Relax, here's your baby*.

En ese mismo contexto, una matrona feminista española llamada Consuelo Ruiz Vélez-Frías asistió a un cursillo en París sobre “La psicoprofilaxis del dolor en el parto”, impartido por los médicos Lamaze, Pierre Vellay y Bourrel (Ruiz, 2009, p. 73). En ese cursillo la matrona aprendió que “el cerebro, y especialmente su zona cortical, desempeñaba un gran papel en el parto, y que el reflejo condicionado que en él se forma es el principal causante del dolor en el parto” (Ruiz, 2009, p. 227), llevándole a publicar el libro, *El parto sin dolor*, primera publicación en España sobre el tema (Ruiz, 2009, pp. 227-228). Además, creó su

propia escuela y método basados en la psicoprofilaxis (Ruiz, 2009, p. 87), que defiende que “los enemigos del parto en casa son cuatro: la ignorancia, el miedo, el dolor y la impaciencia” (Ruiz, 2009, p. 79). En su obra póstuma *Parir sin Miedo*, relata una serie de historias e ideas alrededor de las técnicas de asistencia, siguiendo la misma estética que la obra de Pierre Vellay y recurriendo a relatos de experiencias para así compartir sus prácticas de atención.

También, por otro lado, las ideas de Dick-Read y Lamaze fueron el resorte propulsor que dio origen a los movimientos de mujeres que buscaban alternativas a los partos en los hospitales. En la página web de la organización *The International Childbirth Education Association (ICEA)*⁷², se establece que en los años 40’ Dick-Read era un bestseller y que fue invitado a los EE. UU. por la *Maternity Center Association*. Su visita despertó el interés de padres y profesionales por los conceptos de conciencia y parto que sirvieron para fundar en 1950 el primer grupo de apoyo, *The Milwaukee Natural Childbirth Association*. Asimismo, en 1957 un grupo de madres influenciadas también por sus ideas, crearon en el Reino Unido una asociación llamada *National Childbirth Trust (NTC)* que tenía plena conciencia de la escasez de información sobre el embarazo y el parto, por lo que se presentó como un centro de información sobre el embarazo, el parto y la lactancia promocionando la elección informada (Odent, 2003, p. 73). Estas dos organizaciones compartían la idea de libertad de elección basada en el conocimiento de alternativas (Odent, 2003, pp. 74-75). Se convirtieron en los principales referentes para la expansión en todo el mundo de un movimiento de mujeres sensibilizadas con el tema del parto. La cuestión despertó el interés de médicos de otros países, como es el caso del médico argentino Ricardo Gavensky, que se formó con Dick-Read, y empezó a difundir sus ideas en Buenos Aires. En 1968 publicó una obra llamada *Parto sin temor y parto sin dolor*, en la cual unió los métodos de Dick-Read con el de la escuela soviética (Felitti, 2011, p. 118).

No obstante, fue en los años 60 cuando apareció en Nueva York la primera organización que creó clases de enseñanza de las ideas de Lamaze, la *American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics (ASPO)*. Más tarde, en distintos países fueron apareciendo médicos-autores que fueron reformulando estos conceptos en función de sus realidades sociales y culturales y fueron creando sus propias escuelas médicas de parto. Así, por ejemplo, en 1965, un obstetra norteamericano llamado Robert Bradley, alumno de Margaret Gamper, publicó una obra basada también en las ideas de Dick-Read, *Husband-Coached*

⁷² Se trata de una organización internacional que actualmente tiene miembros en más de 42 países. Con relación a la historia de la organización ver el sitio web (The International Childbirth Education Association, s.f.).

Childbirth. En esta, el autor defendió que los padres ayuden a sus esposas en el parto para que no necesiten solicitar analgesia. Con apoyo de la enfermera Rhonda Hartman, Bradley creó otra organización, *American Academy of Husband Coached Childbirth* que en 1970, presentó por primera vez unos índices con una baja tasa de cesáreas y medicación para el parto (Luzes, 2007, p. 467).

Además, entre los Centros de Salud Feministas y los Colectivos de Mujeres de esta época, fue especialmente el mismo Colectivo de Boston en EE. UU. (Diniz, 2005, p. 629) que escribió un libro “Women and Their Bodies, a course” (1970), donde ya es posible localizar una serie de autores y médicos que han sido incorporados como referentes en el movimiento feminista de mujeres por la salud. Este es el caso del propio Dick-Read, Marjorie Karmel, Pierre Vellay, Dr. Irvin Chabon, Erna Wright, Sheila Kitzinger, Lester Hazell, Dr. Allan Guttmacher, Ashley Montagu, Robert Bradley y Lennart Nilsson, entre otros (Boston Women's Health Collective, 1970, pp. 160-161). Asimismo, se preocuparon en citar el contacto de algunos grupos referentes de la época –como es el caso de *Boston Association for Childbirth Education (BACE)*, *Lamaze Education, Inc.*, *International Childbirth Education Association (ICEA)*, *American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics (ASPO)* y *La leche League International* (Boston Women's Health Collective, 1970, p. 162), sugiriendo la aproximación del feminismo radical a las teorías médicas y a los movimientos por el parto natural, tal como iremos viendo.

De acuerdo con Diniz, la red feminista Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEN) se incorporó al debate en aquellos tiempos publicando un estudio titulado *Silencio y Complicidad – Violencia Contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud en el Perú*, que denuncia los sufrimientos de las parturientas en los servicios públicos (Diniz, 2001, pp. 63-64); e, incluso, se une al debate la Organización Mundial de Salud, que empieza a implicar a las mujeres (WHO, s.f. citado en Diniz, 2001, p. 87). Ya, en los años 80, el médico español José M. Carrera, jefe del Servicio de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus de Barcelona, publicó la obra *El parto ecológico: una forma humanizada de dar a luz*, con prólogo de la feminista española Laura Bonavia (Carrera, 1980, p. 9), donde introduce estos conceptos de parto humanizado en España. En esta misma línea está el trabajo de los médicos Pedro Enguix Randis y Enrique Lebrero Martínez que fundaron una de las primeras clínicas de partos naturales en 1976 en Valencia, España. Y en Brasil, en los años 80, surgió un debate organizado por profesionales del Ambulatorio de Tocoginecología Preventiva de la UNICAMP, preocupados por ofrecer un

tipo de asistencia que considerase la integralidad del cuerpo de las mujeres. Con base a estos conceptos se creó el *Grupo de Parto Alternativo* liderado por el médico Hugo Sabatino que terminaría por desarrollar un modelo de atención en 1983 conocido como *Atenção Integral à Saúde da Mulher* (AISM) y que inspiraría la posterior creación del *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), fuertemente influenciado por el movimiento feminista (Nagahama & Santiago, 2005; Rattner, 2009; Maia, 2010).

Como se observa en esta breve descripción, el patrón de desarrollo de movimientos y organizaciones por el parto natural se articula alrededor del método o iniciativa médica, para luego, en colaboración con feministas independientes o grupos organizados, establecer mecanismos de cooperación y desarrollo. Por lo tanto, en el desarrollo de las teorías feministas alrededor de los años 70, es posible identificar dos tipos de enunciados sobre parto: un discurso inspirado en teorías médicas sobre el parto (que es lo que hemos acabado de describir) y otro que parte del análisis de la condición social de la mujer -que encontramos (a título de ilustración) en la obra de Simone De Beauvoir, Shulamith Firestone, Adrienne Rich y Lidia Falcón. Antes, haré un breve paréntesis sobre como este debate dialoga con la Antropología del Parto y Nacimiento.

2.4 Antropología del parto y del nacimiento: *status* de la cuestión

Los primeros debates sobre parto y nacimiento desde la antropología se remontan a finales de los años 60 con la publicación de las etnografías de Margaret Mead y Niles Newton en 1967, que al desarrollar una comparación intercultural de distintos sistemas de parto inauguró una serie de olas de publicaciones etnográficas sobre el tema entre los años 70 y finales de los años 90, incorporando también los debates sobre la reproducción asistida que se produjeron en estos contextos (Blázquez, 2005, pp. 2-3).

En el territorio español, la Antropología del Parto y del Nacimiento se incluye en el marco general de una reflexión desarrollada por algunas antropólogas feministas sobre la reproducción y salud reproductiva (Esteban, 1996, 2001), sexualidad (Stolcke, 1992, 1999, 2006, 2010) y maternidad (Imaz, 2010). Incluso, actualmente el ámbito está siendo reconceptualizado y teorizado como Antropología de la Procreación (González, 2005), incluyéndose en este marco intradisciplinar al abordar, entre otros muchos aspectos: “las ideas, las normas y los usos relativos al proceso procreativo: [...] a la formación de los seres humanos; [...] a la sexualidad reproductiva y a las formas alternativas de procreación [...] al embarazo, al parto y al período perinatal”. (González, 2010, p. 102)

El desarrollo de la Antropología del Parto y del Nacimiento se concreta en toda una serie de publicaciones, evolucionado de forma marginal entre los años 80 y 90. El primer estudio con enfoque en el parto es el trabajo de Michael Kenny (1980) relativo al folclore y a las costumbres del embarazo, del parto y de la infancia (Blázquez, 2005, p. 3). Los siguientes son; el trabajo de Antonio Limón Delgado y Eulalia Castellote sobre la medicina popular en torno al embarazo y al parto a principios del siglo XX (1980); el de Carmelo Lison Tolosana (1980) sobre la práctica de las mujeres sabias en provincias gallegas; tres décadas más tarde está la publicación de la tesis pionera de la comadrona María Jesús Montes Muñoz (2007) sobre la asistencia al embarazo y al parto; y la etnografía de María Isabel Blázquez Rodríguez (2009) sobre las ideologías y las prácticas de género en la atención al embarazo, al parto y al posparto en una comunidad madrileña. A partir de aquí, a principios de la década actual, el tema de los partos empieza a consolidarse como campo de estudio con las investigaciones de María Jesús Montes Muñoz y colaboradoras sobre el trabajo de las matronas a mediados del siglo XX (Montes et al., 2013), las narrativas acerca de los dolores del parto en el campo de la antropología médica (Zamora, 2013), el cine documental producido desde la contribución autoetnográfica de comadronas (Cornelles & Brigidi, 2014), las narrativas intergeneracionales acerca del miedo al parto (Font, 2015), y la perspectiva etnográfica de los *medical dramas* en las series de televisión (Cornelles & Brigidi, 2016).

Concretamente, el tema de los partos humanizados y respetados aparece primeramente en los estudios de género, con trabajos que reconstruyen el movimiento español desde los años 80 (Fernández, 2005; Cano, Massaguer, & Del Moral, 2005) hasta la actualidad (Busquets 2017b); un estudio sobre la popularización de la formación prenatal y del plan de parto en Barcelona (Lázare, 2014); otro sobre el impacto de la red, *El Parto es Nuestro*, en el proceso de reforma del sistema obstétrico español a mediados de los años 2000 (Villarme, Olza, & Recio, 2015); y el novedoso debate de la violencia obstétrica desde la perspectiva del derecho (Sala, 2015; Busquets, 2017a; Guillén, 2017; Busquets, 2018a, 2018b). Finalmente se generan reflexiones sobre el concepto del cuerpo en el parto (Lázare, 2016a, 2016b) y los procesos procreativos de los movimientos por un parto respetado en el marco de la antropología de la procreación (Lázare & Fons, 2016).

Finalmente, la presente tesis se inserta en el marco del debate iniciado por algunas etnografías que se desarrollaron en las postrimerías de los años 80 y mediados de los años 90, que reflexiona sobre las conexiones existentes entre el sistema capitalista y la atención biomédica al parto (Blázquez, 2005, p. 11), en especial el trabajo de Martín (2006), que es

una investigación estratégica e inspiradora para el desarrollo de mi proyecto de investigación (Cavalcanti, 2010; Cavalcanti, 2014). En este sentido, la tesis sigue profundizando en el debate antropológico sobre capitalismo y modelo biomédico planteado en mi máster sobre la posibilidad de que los discursos de humanización del parto, lejos de constituirse en una práctica de resistencia al capitalismo, acompañan su actual estado de desarrollo económico, su etapa neoliberal (Cavalcanti, 2014). En realidad, lo que aquí se busca terminar de explicar es el papel de los feminismos en este proceso, su funcionamiento como tecnología del poder económico y gubernamental.

3 Prácticas discursivas del feminismo radical sobre el parto

Este es el gran peligro con que se enfrentan los
hombres. El que en un día ya no tan lejano,
las mujeres se nieguen colectivamente a
seguir reproduciéndose para mantener el mundo.

Lidia Falcón

Como ya hemos ido viendo, la presente tesis se inserta en el marco del debate que reflexiona sobre las conexiones existentes entre el sistema capitalista y la atención biomédica al parto. Para dar respuesta a tal planteamiento, partimos inicialmente del análisis de una serie de líneas de discursos que otorga Imaz como “percepciones feministas de la maternidad” (Imaz, 2010, p. 76) en la producción teórica clásica del feminismo. El presente capítulo centra la mirada en el discurso sobre parto basado en la condición social de la mujer producido por autoras feministas exponentes de aquellos tiempos como Simone De Beauvoir, Shulamith Firestone y Adrienne Rich. La incorporación de Lidia Falcón en este listado se justifica por la importante contribución crítica y teórica realizada por esta autora española para la comprensión del nacimiento del movimiento sobre el parto en un contexto histórico clave.

3.1 El parto doloroso como metáfora de esclavitud en Simone De Beauvoir – años 50

En la obra *El segundo sexo* (1949) de Simone De Beauvoir es posible identificar una serie de discursos que sugieren una relación entre feminismo y la medicalización del parto que permite hacer una deconstrucción del pasado idílico del parto bello, femenino y en libertad, que aparece comúnmente en la producción del discurso sobre el parto humanizado actual. Todo el proceso de reflexión filosófica de la condición de la mujer parte de la definición traída por la biología: “¿La mujer? Es muy sencillo, dicen los amantes de las fórmulas sencillas: es una matriz” (De Beauvoir, 2011, p. 67). Las palabras utilizadas por la autora para describir la serie de imágenes que caracterizan a la mujer como hembra denuncian su situación humillante en el reino animal (De Beauvoir, 2011, pp. 67-68).

Analizando el proceso de reproducción en el reino animal, la primera mención que De Beauvoir hace sobre los partos habla de cómo pueden llegar a ser “más dolorosos y peligrosos” en algunos tipos de animales que en otros (De Beauvoir, 2011, p. 88). Según la autora, “no es posible obligar directamente a la mujer a engendrar: todo lo que se puede hacer es encerrarla en situaciones en las que la maternidad es la única salida para ella” (De Beauvoir, 2011, p. 121). En este sentido, De Beauvoir describe las desventajas y la difícil

condición que supondría el embarazo, el parto y la menstruación para las mujeres en sociedades preagrícolas que disminuían la capacidad de trabajo y las condenaban a un largo período de impotencia para asegurar su subsistencia, necesitando la protección de los guerreros (De Beauvoir, 2011, p. 126). Para la autora, el proceso de engendrar y parir no permite que la mujer conquiste una posición de honor en la sociedad, al tratarse de “un juguete pasivo de fuerzas oscuras, y el doloroso parto es un accidente inútil o incluso importuno” (De Beauvoir, 2011, p. 127). En cambio, ella identificó que en las comunidades agrícolas la mujer está “revestida de un prestigio inmenso” (De Beauvoir, 2011, p. 131). Esto debido a que “el hombre agricultor admira el misterio de la fecundidad que se desarrolla en los surcos y en el vientre materno; sabe que ha sido engendrado como el ganado y las cosechas, quiere que su clan engendre otros hombres que lo perpetuarán. (De Beauvoir, 2011, p. 132)

Según la autora, fue en ese contexto que la economía y la mística se pusieron de acuerdo en relegar a las mujeres al trabajo agrícola (De Beauvoir, 2011, p. 133). Así, en la obra de De Beauvoir en el curso de su análisis histórico-filosófico de la situación de la mujer hay una percepción sobre el parto que suena muy contradictoria frente a toda la producción discursiva científica actual de los autores e investigadores activistas por la humanización. Contrario a lo que dicen las feministas al considerar la intervención médica como un medio en el que la mujer va conquistando poco a poco el control sobre su cuerpo y su liberación:

Los avances de la obstetricia han disminuido considerablemente los peligros del parto; los sufrimientos del alumbramiento están desapareciendo; en estos días –marzo de 1949– se ha decretado en Inglaterra el uso obligatorio de determinados métodos de anestesia; en general, ya se suelen aplicar en los Estados Unidos y empiezan a extenderse por Francia. Con la inseminación artificial se culmina la evolución que permitirá a la humanidad dominar la función reproductora. En particular, estos cambios tienen enorme importancia para la mujer: puede reducir el número de embarazos, integrarlos racionalmente en su vida en lugar de ser su esclava. La mujer, a lo largo del siglo XIX, se va liberando de la naturaleza; conquista el control sobre su cuerpo. A salvo, en gran medida, de las servidumbres de la reproducción, puede asumir el papel económico que se le ofrece y que le dará la conquista de la totalidad de su persona. (De Beauvoir, 2011, pp. 200-201)

Cabe resaltar que el parto doloroso, como una metáfora de la esclavitud, es una constante en su obra, que rescata toda una mitología y simbología alrededor del parto desde una perspectiva y una percepción que resaltan los aspectos negativos de la experiencia. Por consiguiente, en el relato de De Beauvoir el parto es terrorífico y potencia el inconsciente de su tiempo que hasta entonces solo conocía la experiencia por los relatos orales de las mujeres de su entorno:

Entre los primitivos, el parto está rodeado de los tabúes más severos; en particular, la placenta debe quemarse cuidadosamente o arrojarse al mar, pues quien se apodera de ella tendría en sus manos el destino del recién nacido; esta ganga en la que se ha formado el feto es el signo de su dependencia; al aniquilarla, se permite al individuo arrancarse del magma vivo y realizarse como ser autónomo. La mancha del nacimiento recae sobre la madre. (De Beauvoir, 2011, p. 232)

Al reflexionar sobre el proceso en el cual se llega a ser mujer (Beauvoir, 2011, p. 371), la autora explicó cómo en la infancia se construye todo el imaginario alrededor del parto para las niñas. Es interesante cómo en el discurso de la autora, el parto siempre aparece como una experiencia aterrizante: aunque lo haga como parte de una reflexión profunda de la condición de la mujer, utiliza una serie de datos e imágenes para alertar de lo negativo que rodea una experiencia en la cual las mujeres siguen sometiéndose a través de los siglos. Este extremo se evidencia cuando intenta describir la imaginación de una niña sobre la experiencia de parir. Entre tanto, lo que resulta sorprendente en su discurso es que alrededor de los años 1950, las niñas y los niños de Francia ya estaban metidos en las salas de parto asistiendo a los partos “sin dolor” de sus mamás:

La idea de esta hinchazón monstruosa la aterroriza. ¿Y cómo saldrá el bebé? Aunque nunca le hayan hablado de los gritos y de los sufrimientos de la maternidad, oye comentarios, ha leído palabras bíblicas como “parirás con dolor”; presiente torturas que ni siquiera puede imaginar; inventa extrañas operaciones en la región del ombligo; si supone que el feto será expulsado por el ano, no se queda más tranquila; se han dado casos de niñas con estreñimiento neurótico cuando creen descubrir el proceso del nacimiento. (De Beauvoir, 2011, p. 404)

Ahora bien, son muchos los argumentos que la autora utilizó para reafirmarse en la situación conflictiva por la que supuestamente pasan todas las mujeres con el descubrimiento de la experiencia del parto. No encontré en su trabajo ningún relato o descripción del parto como una experiencia trascendente o de liberación para la mujer, más bien, la constante en su discurso es ejemplificar el proceso de descubrimiento de la mujer como una experiencia cargada de horror: “El autor pintaba el parto [...] la actitud, el grito [...] me sentí crédula, estupefacta, amenazada en mi destino de pequeña hembra” (De Beauvoir, 2011, p. 404). En este sentido, la evocación negativa de la experiencia del parto en su obra apunta, por otra parte, a una alternativa que hoy es un punto de inflexión en el discurso feminista por el parto respetado. Para Beauvoir la negación a las intervenciones para minimizar los dolores del parto forma parte de una filosofía sádica de los hombres que les divierte. Lo contradictorio es que todo lo que defendió como un mecanismo de liberación funciona hoy como “violencia machista” o “poder médico” para el cuerpo de la mujer en trabajo de parto. Incluso, no sabía que ya estaba haciendo visible en aquellos tiempos la violencia institucional que sufrían las mujeres en sus partos:

Los dolores del embarazo –el enorme precio que se inflige a la mujer en lugar de un placer breve y equívoco– son incluso motivo de bromas constantes. ‘Cinco minutos de placer, nueve meses de dolor [...] Entra más fácilmente de lo que sale’. Este contraste suele parecerles divertido. En esta filosofía hay un componente sádico: muchos hombres se alegran de la miseria femenina y se resisten a la idea de que se la quiera aliviar. Algunos sostienen, por ejemplo, que el dolor del parto es necesario para la aparición del instinto materno. (De Beauvoir, 2011, p. 554)

Todos estos discursos sobre el parto capturados de su obra considerada “inaugural del feminismo de la segunda ola” (Imaz, 2010, p. 77) presentan una perspectiva que coincide con el contexto de medicalización y hospitalización del parto en Francia, que empieza en el período de entreguerras y se extiende hasta el de postguerra⁷³. Es en este contexto que se sitúa la reflexión de De Beauvoir, en la que un conjunto de sus ilustraciones describe una percepción de la experiencia que nada tiene que ver con el pasado del parto domiciliario tan idílico, bello y libre relatado por otros. Finalmente, según la autora, la liberación de la mujer está en la ruptura con todo lo inmanente, es decir, “la manutención de la especie” (De Beauvoir, 2011, p. 545). En sus ideas podemos encontrar los fundamentos de distintos discursos feministas que se apartan de los temas que giran alrededor de la maternidad y que llegan a finales del siglo XX.

3.2 El parto artificial como revolución definitiva en Shulamith Firestone – años 70

En la obra *La Dialéctica del sexo*, dedicada a “Simone De Beauvoir que ha conservado su integridad”, la feminista radical estadounidense Shulamith Firestone (1976) desarrolló una teoría crítica que va más allá de la crítica al parto natural “doloroso” de De Beauvoir. Además, propone un sistema alternativo a la supresión definitiva de “la biología reproductiva de la mujer [que es] la razón de su opresión original e ininterrumpida [...] -en todos sus estadios y culturas- las mujeres se han visto oprimidas a causa de sus funciones biológicas” (Firestone, 1976, p. 95). Según Firestone, para el cambio de un estado biológico fundamental sería necesario “un análisis de la dinámica de la guerra de los sexos tan exhaustivo como resultó ser el análisis que Marx y Engels hicieron del antagonismo de clases” (Firestone, 1976, p. 11).

Inspirada en el análisis existencialista de De Beauvoir y del materialismo dialéctico e histórico, la autora colocó la procreación en el centro de su reflexión, al afirmar que “las clases sexuales nacieron directamente de una realidad biológica: hombres y mujeres fueron creados con distinta configuración y diversidad de privilegios” (Firestone, 1976, p. 17) y es

⁷³ Por ejemplo, un estudio sobre la medicalización del parto en Francia evidencia que hasta 1931, el 80% de los partos se llevaba a cabo en domicilio y ya había un fuerte movimiento de parturientas que abogaban por dar a luz en los hospitales. En 1962, solamente el 15% de los partos eran domiciliarios (Thébaud, 2002, p. 418-420).

en la familia biológica donde se configura esta distribución desigual del poder. Es en el seno de la familia, como unidad reproductora, que aparece el estado de subordinación de la mujer “a los partos dolorosos constantes” (Firestone, 1976, p. 17). Para la autora la supresión de la base biológica de la opresión de la mujer no es suficiente para que ella alcance su liberación:

Es necesaria una confiscación del control de la reproducción; es indispensable no solo la plena restitución a las mujeres de la propiedad sobre sus cuerpos, sino también la confiscación (temporal) por parte de ellas del control de la fertilidad humana –la biología de la nueva población, así como todas las instituciones sociales destinadas al alumbramiento [...] el objetivo final de la revolución feminista [...] debe alcanzar [...] [la sustitución por la] reproducción artificial (por lo menos habría que optar por ella): los niños nacerían para ambos sexos por igual o con independencia de ambos, según quiera mirarse. (Firestone, 1976, p. 20)

Vale destacar que la propuesta revolucionaria de Firestone (1976) suena como una contrarrevolución feminista, como se evidencia más adelante en Adrienne Rich. Incluso, el discurso ecofeminista de la autora camina por un derrotero totalmente distinto a lo encontrado actualmente en el seno del movimiento por un parto humanizado. Su imaginación reclama un “programa ecológico revolucionario que intente restablecer un equilibrio artificial humano (creado por el hombre) en sustitución del natural”, pues ella planteó la necesidad de encontrar en la tecnología “las condiciones reales previas para el desmantelamiento de estas circunstancias opresivas naturales” (Firestone, 1976, p. 241). Es en este punto que se puede vislumbrar cómo fue influenciada por el discurso de De Beauvoir, y juzgaba también el parto natural bajo una crítica feroz a las ideas que circulaban en aquellos tiempos: “Además, el parto es doloroso. Hace tres mil años las mujeres que daban a luz ‘naturalmente’ no tenían ninguna necesidad de fingir que el embarazo era una diversión o un orgasmo místico (aquella mirada soñadora). La Biblia ya lo dijo: sudor y lágrimas” (Firestone, 1976, pp. 248-249). Todo esto aparece desprovisto del menor ápice de magia, pues es muy consciente del papel de la “escuela” en el discurso y en la percepción de las mujeres sobre la experiencia:

– ¿Qué hay de malo en unos dolorcillos, con tal de que no te maten? –aduce la “escuela”.

–Es una lata –replica ella.

–El dolor puede ser interesante como experiencia –dice la “escuela”.

– ¿Acaso no es un precio demasiado elevado por una simple experiencia interesante?

–Un momento. Ten en cuenta que recibes una recompensa –alega la escuela–: un bebé todo tuyo, con el que puedes hacer siempre lo que te venga en gana. (Firestone, 1976, pp. 249-250)

En este sentido, la autora observó desde una perspectiva crítica la confusión que aparece alrededor del culto a los partos naturales, que para ella no eran más que “otro elemento del reaccionario ‘retorno a la naturaleza’ hippie-rousseauiano, tan cargado de sí mismo como

él” (Firestone, 1976, p. 249). Reconoció las técnicas como parte de una táctica de adecuación que convierte a los partos necesarios y tolerables en sus enunciados. Todo esto aparece desprovisto del menor ápice de magia, pues es muy consciente del papel de la “escuela” en el discurso y en la percepción de las mujeres sobre la experiencia.

De acuerdo con la autora, la reproducción artificial no es considerada un modelo de asistencia deshumanizante, pero señaló que el contexto en el cual se insiere no permite que las mujeres lleguen a expresar su deseo o su decisión de no tener hijos o de no tenerlos de forma natural (Firestone, 1976, p. 250). De aquí que la idea central presentada por la autora sea “la liberación de la tiranía de su biología por todos los medios disponibles y la ampliación de la función reproductora y educadora a toda la sociedad” (Firestone, 1976, p. 258). De esta forma, se contrapuso radicalmente a todos los discursos actuales feministas según los cuales la intervención médica y tecnocrática es parte exclusiva del pensamiento científico y de la imaginación masculina. Las feministas que se afiliaron a las ideas de Firestone ofrecieron muchas ideas interesantes que a pesar de algunas reticencias fueron cooptadas y perfeccionadas por el mercado.

3.3 El parto como institución en Adrienne Rich – años 80

La poeta y feminista radical estadounidense Adrienne Rich publicó en 1986 una obra titulada *Nacemos de Mujer*, en la que finalmente es posible identificar las primeras articulaciones entre el feminismo de la segunda ola, el Movimiento por la Humanización del Parto emergente, las teorías médicas y los grupos y organizaciones que nacieron alrededor de ellas. Empero, la autora fue absolutamente consciente del contexto en que surgen estas prácticas de asistencia al parto y llegó a afirmar que “dar a luz y criar [hijos] significa cumplir lo que el patriarcado une a la fisiología para establecer la definición de feminidad” (Rich, 1986, p. 77).

Ahora bien, para introducir su reflexión feminista sobre el tema se esforzó por reconciliar el discurso biológico femenino que según ella debía ser considerado como un *recurso* en lugar de un *destino* (Rich, 1986, p. 80), visto el trabajo que se estaba empezando a reunir con nueva información sobre la biología femenina, la sexualidad y su relación con la psicología (Rich, 1986, p. 299). Fundamentada en los estudios de Alice Rossi, la autora se adhirió al discurso del *imprinting*⁷⁴, al decir que “la experiencia de dar a luz activa profundas

⁷⁴ *Imprinting* (es descrito como un proceso irreversible de memoria, que causa cambios neuroanatómicos en el cerebro animal) ya fue etnológicamente bien documentado, es importante entre los mamíferos y también para los humanos. Hay un período muy sensible, que involucra las horas después del nacimiento, en que las

reverberaciones de la madre a la hija” (Rich, 1986, p. 320), y con ello abrió la puerta a una serie de discursos médicos en el seno del pensamiento feminista radical americano de aquellos tiempos:

Culta, intelectual, artista preocupada por la psique, convencida, sin embargo, de que el conocimiento de mi cuerpo era un asunto de expertos [...] comprendí entonces lo que no había entendido cuando había tenido a mis tres hijos: que no podía soportar convertirme en objeto; supe, más tarde, que tal vez habría podido dar a luz con el mismo compromiso activo, con independencia del dolor. (Rich, 1986, pp. 200-201)

Igualmente, Rich fue crítica respecto a una serie de discursos que aparecieron alrededor de la *mujer primitiva* que daba a luz sin dolor. Sin embargo, a través de la literatura relativa al parto se convenció de que en una cultura elemental y homogénea las mujeres podrían tener partos normales más breves y fáciles que las mujeres pertenecientes a una cultura urbana y heterogénea (Rich, 1986, p. 202), y que los nacimientos anteriores a la historia escrita fueron normales (Rich, 1986, p. 203), y añadió, en este sentido, que una mujer que da a luz acentúa su capacidad de placer genital si se toman en consideración las sensaciones que las mujeres experimentan en sus partos (Rich, 1986, p. 270). Pese a ello, en la obra de Rich se observa una ambivalencia en su análisis teórico del campo, de manera que algunas veces parece muy lúcida en su crítica y otras se adhiere al discurso médico humanista. Aun así, la autora hizo algunas críticas al método de Dick-Read, que si bien abre un camino ofreciendo observaciones útiles, tiene una actitud patriarcal hacia las mujeres (Rich, 1986, p. 253). Según sus palabras:

[...] el proceso del nacimiento es “extático”: “Biológicamente, su deseo es la maternidad”, señala. Y añade: “Varium et mutabile semper fēmina, pero nunca como en el momento del parto”. Para él, el parto es el momento de gloria de cualquier mujer, su propósito vital, su experiencia culminante. Si se quita el miedo y se refuerza el éxtasis, el parto puede ser algo natural, es decir, virtualmente indoloro. Pero el obstetra sigue controlando la situación. (Rich, 1986, p. 253)

Y añade una dura crítica a una de las discípulas de Dick-Read, Sheila Kitzinger, una de las más famosas antropólogas del parto y nacimiento, definida por Michel Odent como “la portavoz más elocuente de un auténtico feminismo, de una forma de feminismo habitualmente reducida al silencio en nuestra sociedad. En un mundo dominado por el hombre” (Kitzinger, 1996, p. 10). En la visión de Rich (1986):

[Sheila Kitzinger] Concibe el parto como una experiencia inherente a la existencia femenina. Y desde mi punto de vista refuerza valores patriarcales en el parto al incentivar la iniciativa propia, su control, su capacidad de decisión y su aptitud para la cooperación

impresiones allí dejadas quedan para toda la vida. Ha sido descrito como comportamientos autodestructivos, como suicidio, adicción a drogas, parecen creación de un proceso de *imprinting*, en el momento del parto (Luzes, 2007, p.857).

activa con el doctor, y la enfermera. Además, hace toda una idealización de la experiencia al defender que “el dolor en el parto es auténtico.” Esta autora, también defiende que las “criaturas nacen solo en el seno de las parejas debidamente casadas, y que el esposo –que asiste y participa emotivamente– habrá de ser una figura protagonista en la sala de partos. No duda en afirmar “que la experiencia de concebir un hijo es capital en la vida de una mujer”. (Rich, 1986, p. 257)

En ese mismo sentido, la ambigüedad del discurso de Rich sobre las ideas de parto natural queda evidenciada cuando la autora desarrolla su crítica de la maternidad institucional. Claramente, en sus términos, “el patriarcado depende de que la madre se comporte de forma conservadora, imprimiendo en los futuros adultos los valores patriarcales, incluso en los primeros años de la relación madre-hijo” (Rich, 1986, p. 11), y contradictoriamente, defendió el surgimiento de otras instituciones:

El parto no es un acontecimiento aislado. Si existieran instituciones locales adonde todas las mujeres pudieran acudir en busca de consejo para el uso de anticonceptivos, para abortar o realizar la prueba del embarazo, para recibir cuidados prenatales o instrucciones acerca del parto, para ver películas sobre el período de embarazo y el nacimiento, para someterse a exámenes ginecológicos rutinarios, para formar parte de grupos de terapia y consulta durante y después del embarazo, y si tales establecimientos se completaran con una clínica para el cuidado de los bebés, las mujeres podrían comenzar a pensar, leer y discutir acerca del proceso completo de la concepción, gestación, crianza y alimentación de sus hijas e hijos y acerca de las posibilidades de maternidad y sobre sus vidas consideradas globalmente. Entonces el nacimiento se convertiría en un episodio único dentro del desarrollo de nuestra sexualidad, diversa y polimorfa, y no una consecuencia forzosa del sexo. Antes bien, se trataría de una experiencia liberadora del miedo, la pasividad y la alienación a que se ha sometido nuestro cuerpo. (Rich, 1986, p. 272)

Lo que hizo la autora, desde este punto de vista, es producir una legitimidad feminista en los discursos médicos alrededor de los partos naturales y de las redes privadas de asistencia que empezaban a ganar aliento en aquellos tiempos. Sin embargo, no queda claro qué tipo de instituciones defiende –si son ONG o empresas. Ahora bien, según Rich, “en los EEUU se llevan a cabo esfuerzos colectivos para derribar la institución de la maternidad” (Rich, 1986, pp. 397-398), y remitió a “los colectivos y movimientos amplios” por la humanización del parto, que hemos descrito en la breve genealogía del movimiento.

Para la autora, “la lucha de la madre por su hijo o hija [...] necesita ser una batalla humana común, basada en el amor y en la pasión por sobrevivir. Para que esto ocurra, la institución de la maternidad debe ser destruida”, lo que no significa destruir la maternidad sino “propiciar la creación y el mantenimiento de la vida en el mismo terreno de la decisión, la lucha, la sorpresa, la imaginación y la inteligencia consciente como cualquier otra dificultad, pero como tarea libremente elegida” (Rich, 1986, p. 396). Es decir, en el discurso de Rich aparece claramente una serie de categorías neoliberales como la libertad de elección y el discurso de

“la recuperación de nuestros cuerpos”, confundida con “la toma por los obreros de los medios de producción”. En su discurso es posible identificar la producción y la imaginación de la empresaria del parto, donde la mujer se porta como “un genio que preside su propio cuerpo” (Rich, 1986, pp. 402-403), imagen plenamente vigente en el discurso de los movimientos de mujeres por el parto humanizado de la actualidad.

3.4 El parto como renovación de la fuerza de trabajo en Lidia Falcón – en los años 90

Finalmente, perfeccionando la reflexión teórica de las autoras anteriores, la feminista marxista española Lidia Falcón desarrolla una teoría sobre la reproducción que presta una especial atención al examen de los discursos y datos existentes alrededor del parto en aquellos tiempos. Su reflexión parte del presupuesto inicial de que es “la mujer [que] fabrica al hombre” (Falcón, 1994, p. 177). Según la autora, las mujeres son “la fábrica de nuevos dirigentes hombres del mundo capitalista” (Falcón, 1994, p. 179); en síntesis, son la fábrica de la fuerza de trabajo que mueve el sistema económico.

De acuerdo con Falcón, la maternidad ha sido hasta ahora un negocio privado “para que los hombres puedan seguir gobernando; es necesario, por lo tanto, que las mujeres sigan pariendo” (Falcón, 1994, p. 180), puesto que la “fuerza de trabajo es la principal fuerza de producción de todas las sociedades” (Falcón, 1994, p. 260). Inspirada en todo el repertorio conceptual de Marx, la autora desarrolló una teoría mediante la cual explica que “la reproducción constituye un proceso de producción peculiar [...] que posee sus leyes propias [...] siendo un proceso fundamental para la renovación de la fuerza de trabajo” (Falcón, 1994, p. 161). La autora reconceptualizó la reproducción formulada por Marx en sus “Formaciones económicas precapitalistas”, asimilándola al “primer proceso de producción” (Falcón, 1994, p. 263); asimismo, para intentar dar cuenta de la ausencia de una teoría sobre el tema que lo identificara, desarrolló cuatro leyes que orientan el proceso de reproducción.

(1) La tasa de reproducción queda siempre por debajo de la tasa de producción [...] La mayor reproducción corresponde a un modo de producción más avanzado, pero siempre la producción de la fuerza de trabajo se encuentra por debajo de la producción de bienes materiales. (2) Solamente la coacción ideológica, física y económica puede conseguir que la reproducción se realice en la medida y en el tiempo que la clase dominante lo exija. (3) La producción está determinada y condicionada por la reproducción, ambas se encuentran en una relación directa: a mayor reproducción, mayor producción neta. (4) La producción está constituida por un número finito y conocido de bienes, por encima de los cuales no se produce riqueza sino despilfarro e inutilidad. (Falcón, 1994, pp. 58-62)

En consonancia con las ideas de la autora, estas leyes determinan el modo de producción doméstico (Falcón, 1994, p. 57), que es un concepto elaborado por ella para profundizar en la

crítica feminista que gira en torno a que la familia es el núcleo base de la opresión de la mujer (Falcón, 1994, p. 91). Desde su forma de ver, el modo de producción doméstico como concepto es el conocimiento decisivo de la comprensión de la explotación femenina porque refleja todos los procesos del trabajo que ellas realizan, a saber, la reproducción, la sexualidad, el trabajo doméstico y el trabajo agricultor, donde se producen la serie de explotaciones del hombre sobre la mujer (Falcón, 1994, p. 92).

No obstante, llegado este punto se hace preciso centrarme en el tema de la reproducción en concreto, aunque su articulación no puede ser comprendida de forma dissociada del modo de producción doméstico. Un aspecto clave que Falcón (1994) identificó es que a lo largo de la historia las mujeres han realizado todos estos trabajos “naturalmente y naturalmente gratis” (Falcón, 1994, pp. 55), es decir, todos los trabajos (y aquí también debe incluirse toda la producción y la renovación de la fuerza de trabajo) son parte fundamental de “la inversión [gratuita] de la energía femenina [...] en las tres fases imprescindibles del proceso de trabajo reproductor: gestación, parto y lactancia” (Falcón, 1994, pp. 56-57).

En el contexto en que se gestan las luchas y las ideas sobre el parto humanizado alrededor de los años 80, la autora denunció y desarrolló un análisis que nos permite mirar cuál fue el escenario concreto de la asistencia al parto y describió una narrativa completamente novedosa frente a lo que ha sido la historia del parto para las mujeres. Así que Falcón (1994) no solo contrapuso todo el discurso que aparece en la investigación y la producción teórica de aquellos tiempos, sino que ofreció muchos datos acerca de la situación real de la experiencia de parto de las mujeres en todo el mundo. Para la autora resulta evidente que “en todas las épocas de la historia, cuyos caminos he recorrido rápidamente, las mujeres se han reproducido sin treguas y sin condiciones para repoblar el mundo” (Falcón, 1994, p. 191).

Además, con el fin de analizar la situación del parto inició un recorrido a través de los discursos de algunos obstetras americanos para explicar la mecánica del parto. De todo el repertorio patológico médico extrajo las metáforas más terribles para radicalizar el paisaje ya descrito por De Beauvoir. Un ejemplo es su descripción poco romántica del escenario de la libertad de las mujeres en los partos domiciliarios desasistidos, lo que muestra que lo menos negativo es tener por lo menos una asistencia: “Millones de mujeres que han parido solas en el mundo entero tuvieron que limpiar al niño y provocarle la respiración mientras expulsaban la placenta. Pensemos que hoy la feliz madre ha sido atendida en algún lugar, confortable, por

un profesional” (Falcón, 1994, p. 204)⁷⁵.

El tema del feminicidio en los partos en nombre del desarrollo del capital es la mirada (especialmente desarrollada por la autora en su obra) que anticipa la reflexión sobre la crítica del discurso antihospitalario y antimedicalización que se estaba gestionando en aquellos tiempos, y le parecía sorprendente que las mujeres fueran a parir en sitios de donde seguramente no iban a salir vivas a pesar de haber visto a partir de sus experiencias lo peligroso que era parir (Falcón, 1994, p. 243). En realidad, se trata de una contundente denuncia de “la masacre femenina a través de millones de años de historia” (Falcón, 1994, p. 229). Por lo tanto, en su discurso el parto está asociado a la imagen de terror y de violencia:

La historia de las reinas muertas de parto o enfermas crónicas después de un alumbramiento desgraciado tampoco es tenida en cuenta por los historiadores. [...] la historia de la cesárea es la historia de las muertes femeninas. [...] Durante siglos el fórceps subsume la historia de la tortura de la maternidad (Falcón, 1994, pp. 229-239).

En la obra de Falcón la crítica a las intervenciones médicas no es motivo para generar entusiasmos humanistas desde su análisis, es decir, para Lidia Falcón (1994) no hay una esfera de libertad posible en el hecho de parir. De allí que tanto la filosofía de Dick-Read como la ideología médica por el parto sin anestesia que penetró en el movimiento feminista de aquellos años no escaparon de su mirada crítica. En ese aspecto, también la autora radicalizó el escepticismo de Firestone (1976) sobre estas ideas y denunció la contrarrevolución, que se gestionó en el seno del movimiento norteamericano de los años 70:

Localización geográfica importante del movimiento contra la anestesia, EE. UU. ha sido el país donde primero ha surgido el movimiento feminista, donde más virulencia ha adquirido, donde más éxitos ha conseguido. Es preciso, por tanto, frenarlo, mediatizarlo, manipularlo. Derrotar a las mujeres en la sala de partos, puesto que ha sido imposible lograrlo en las calles, en el Parlamento o en las fábricas. Si quieren igualdad en las leyes, en el trabajo, en el matrimonio, en la política, por lo menos no la hallarán en el quirófano. La maldición mosaica seguirá vigente para ellas. Parirán con dolor en pleno siglo XX. (Falcón 1994, p. 218)

En consecuencia, el pensamiento crítico y vigilante de Lidia Falcón (1994) sobre los movimientos por los partos naturales evidencia la fractura simbólica que se gesta en el interior del feminismo radical y de sus prácticas que van en otra dirección a la conquista de su condición de persona, de su *auténtica humanización*. Contradictoriamente, planteó una crítica feroz, mientras se instaura el discurso de la mujer mamífera que da a luz en plena libertad, a que todo lo inmanente, lo biológico y lo natural se torna [simbólicamente] trascendente. En esta misma línea, la autora hizo una crítica a los discursos de Rich al

⁷⁵ Un discurso absolutamente opuesto a la extensa y generalizada alabanza a la metáfora del nacimiento de Jesús, popularizada por las obras de Michel Odent.

defender el discurso del poder femenino que se está construyendo alrededor del parto y de las comadronas (Falcón, 1994, p. 240). Al hacerlo, Falcón (1994) terminó por adherirse de forma abierta a algunos discursos médicos y en un momento de su análisis utilizó la biografía de un médico sueco con el fin de constatar los beneficios del surgimiento de la obstetricia hospitalaria para la vida de las mujeres. Si bien reconoció la violencia de estos espacios, en el discurso de Falcón (1994) no se abordó el tema de la calidad de la asistencia al parto, sino la supervivencia a la experiencia del *parto mortal*:

A pesar de la frialdad de las salas hospitalarias, de la adustez y antipatía del personal sanitario y de la ignorancia y de la mala fe de los médicos, la mayoría de las madres se salvan de la muerte y de la infección puerperal gracias a los adelantos técnicos y científicos que poseen los hospitales de las grandes ciudades industriales. Que sin embargo, las madres no se sientan felices por ello es tema de otro capítulo. Pero antes de que se descubriese el microbio del estreptococo que causaba la fiebre puerperal, de que se realizase con éxito la cesárea y de que se descubriesen la anestesia y la penicilina, las mujeres deberían conocer la más mortífera época de su historia. (Falcón, 1994, pp. 240-241)

No obstante, el discurso de la autora mantiene un escepticismo radical ante cualquier avance en el campo de las técnicas corporales de asistencia al parto; ella consideró que todo el avance técnico ha hecho las cosas más fáciles y se manifestó convencida de que parir es arriesgado y peligroso para la vida de las mujeres (Falcón, 1994, p. 252). A su juicio, el fenómeno del parto nunca ha sido una opción para las mujeres o una decisión libre, “sino un requerimiento social, una obligación económica, una pretensión ideológica y política en un mundo dirigido por los hombres para el que se necesita una continua fuerza de trabajo humana” (Falcón, 1994, p. 253). Así, el cambio social vendrá cuando “las mujeres se nieguen colectivamente a seguir reproduciéndose para mantener el mundo. Y ese día habremos hecho la revolución más transformadora y decisiva de toda la historia humana” (Falcón, 1994, p. 352). En resumen, en el pensamiento de Falcón la experiencia de parir a seres humanos no es un acto revolucionario.

4 Discusión I: moldura histórico-conceptual de la tesis

Hegel dice en alguna parte que todos los grandes hechos y personajes de la historia universal aparecen como si dijéramos dos veces. Pero se olvidó de agregar: una vez como tragedia y la otra como farsa.

Karl Marx

A nivel de síntesis de los capítulos anteriores, quisiera aclarar en este apartado la arquitectura teórica que permite conocer todo el *background* de la humanización del parto. Para ello es imprescindible situar el parto humanizado en el propio contexto del capitalismo y del feminismo. Es decir, tener en cuenta los acontecimientos discursivos desde un escenario histórico-económico, tal como muestra la figura 2. Tal como hemos visto en los apartados anteriores, la evolución histórica e institucional del capitalismo según Göran Therborn (1996) se divide en cuatro etapas: (1) Clásica, (2) Monopolista, (3) de Bienestar y (4) de Mercado. En las dos primeras fases el capitalismo se caracteriza por el desarrollo y expansión de la industrialización. Sin embargo, en su fase clásica se mantiene una relación de cierto equilibrio entre los poderes institucionales (empresa-estado-mercado). Mientras que en su fase monopolista el poder empresarial suplanta el poder del estado y del mercado. Esta etapa monopolista es el escenario en el que emergen los partos hospitalarios, las intervenciones médicas y, lo que es de especial interés aquí, los movimientos obstétricos de vanguardia, el Parto sin Dolor (Rusia/Francia) y el Parto sin Miedo (Reino Unido). Dichos movimientos son reconocidos como las primeras críticas obstétricas de las intervenciones en el parto y, coincidentemente, aparecen en el corazón del proceso de medicalización y deshumanización de la asistencia al parto. Movimientos que están asociados al concepto de humanización y a toda a una serie de técnicas corporales que están enlazadas con intervenciones obstétricas que pretenden eliminar los dolores del parto con la anestesia.

Si bien dichos movimientos obstétricos emergen en el capitalismo monopolista continúan en la etapa de bienestar. Ya en esta etapa para comprender el arte de gobierno –la práctica gubernamental– que se desarrolla en este período y como llega a articular “Estado, Economía, Medicina y Cuerpo”, la contribución de Foucault (2008) es bastante explicativa. En esta etapa la práctica gubernamental asume la característica de los anteriores periodos en cuanto a biopolítica. Un período en que la biopolítica se expresa en una práctica de intervención máxima en los procesos que afectan la población –en lo que se refiere a la vida, la muerte, los nacimientos, enfermedades– con un claro objetivo: *hacer vivir*, personas, fuerza de trabajo, capital humano. No es hasta la actual etapa neoliberal que, según la tesis de

Theborn (1996) resulta ser la cuarta etapa del capitalismo de mercado, donde el poder del mercado suplanta el poder de las empresas y del estado. Una etapa del capitalismo con una característica peculiar que desplaza sus tecnologías anteriormente de base material hacia una base humana y mental (Castells, 1999), puesto que la vida se torna la base de la producción económica⁷⁶. Una nueva etapa en la que se produce un proceso de desindustrialización y la emergencia del mercado de servicios e información. Retomando a Foucault (2008), constituye un nuevo arte de gobierno pautado en la defensa y producción de la libertad y de toda una serie de discursos formulados desde las Escuelas de Friburgo, Frankfurt y Chicago, en el que aparece un discurso de “verificación” en el que la economía política funciona como la tecnología que produce toda una serie de “evidencias” en lenguaje económico que regula la práctica gubernamental. Es en este contexto que se producen los límites de la práctica del gobierno para que el mercado pueda actuar libre de su intervención y así formular su verdad. Y en el que emergen los discursos del Banco Mundial sobre la población a principios de los años 70 y su injerencia en la OMS a lo largo de los años 80 y 90. Ejemplos sobre cómo la economía política empieza a dar el tono de racionalidad neoliberal de mercado que se estaba intentando expandir en aquellos momentos.

Es en este contexto que surgen toda una serie de técnicas corporales de asistencia al parto pautadas en un discurso de libertad y de no intervención en el cuerpo, que van a establecer desde la sociología médica las bases para la nueva formulación del concepto de humanización vinculado a la práctica basada en evidencias. Este es el escenario que da lugar a la aparición del Movimiento por el parto humanizado. Observase, por lo tanto, que la emergencia de este modelo de asistencia aparece como respuesta a un nuevo arte de gobierno, que se desarrolla en una coyuntura de profunda crisis y necesita revolucionar sus bases materiales. Es decir, aquí el contexto ya no demanda *hacer vivir*, la fuerza de trabajo que se ha tornado innecesaria, “sobre-acumulada” y amenazadora a la re-configuración del poder global. Según Foucault (2008), pues, la comprensión de la verdad económica del neoliberalismo es central en el entendimiento de la Biopolítica. Es ahí que aparece la gestión descentralizada, las intransigencias de las libertades y todos los mecanismos políticos de defensa del no intervencionismo económico radical. El parto humanizado con sus técnicas, saberes y poderes aparece como un diseño político del nuevo proceso de reproducción social y su comprensión profunda no parece dissociada del desarrollo de las prácticas

⁷⁶ Una ilustración para entender bien como la vida se ha tornado la base material del capital es la explosión del mercado de las experiencias de la vida en internet que, desde principios de los años 2000, explora los blogs, las ideas, conocimientos, subjetividades. El trabajo de los *youtubers* es un perfecto ejemplo de lo que Castells (1999) describe sobre esta nueva configuración del capital.

gubernamentales.

En resumen, las bases históricas, sociales y culturales que han engendrado las condiciones para el parto medicalizado, ahora se presentan de forma contradictoria en el parto desmedicalizado, conocido como parto humanizado⁷⁷, que de forma controvertida desplaza ahora los partos domiciliarios hacia los hospitales.

Por otro lado, el feminismo como categoría emblemática y objeto de investigación en esta tesis aparece en este escenario, al igual que el parto, históricamente situado en la coyuntura económica. Como se ha ilustrado en un apartado anterior, en diferentes países europeos, una serie de mujeres vinculadas al feminismo de la primera ola lideraron un movimiento de diferentes matices políticos hacia la hospitalización y medicalización de los partos. La aparición de las primeras asociaciones de mujeres alrededor de los partos naturales (ya no tan vinculado a la pauta política general de la maternidad) en los años 40 y 50 ocurrió en un período de transición en el arte de gobierno que no había perdido su patrón intervencionista. Este es el escenario en el cual se expande a nivel global las ideas de Parto sin Dolor y Parto sin Miedo a través de un movimiento de mujeres, de organizaciones y asociaciones de parto natural que parten de la inspiración teórica médica. Es ya en los años 70 y 80, con el impulso de toda una literatura que empieza a ser producida en aquellos tiempos, que emerge una nueva oleada de feministas y engendra un camino opuesto a los derechos sociales conquistados por sus antecesoras, cuyo eje se articula alrededor de la defensa de la “personalización de lo político”, la “responsabilidad personal” y la “libertad de elección”. Estas prácticas discursivas permiten la aparición de tecnologías corporales y una serie de tácticas que dialogan con el poder neoliberal. Y ello se gesta así a finales del siglo XX porque, según Fraser (2001), los movimientos sociales pasan por un cambio de paradigmas que se caracteriza por el desplazamiento del debate sobre los intereses de clase y la explotación del trabajo, el problema de la redistribución, hacia el tema de las identidades grupales y de la dominación cultural, la lucha por el reconocimiento, como categorías fundamentales de la injusticia social. La articulación del feminismo de la segunda Ola y toda la serie de discursos que aparecen relacionados con él, el discurso de parto humanizado y fisiológico, el Movimiento de Mujeres por la Salud, la aparición de clínicas feministas, la injerencia de la Medicina Basada en Evidencias como marco conceptual del discurso de asistencia al parto, son las unidades de análisis que se describirá en las páginas siguientes.

⁷⁷ Es importante resaltar que el concepto adquiere diferentes traducciones en otros países, Parto Respetado en España y América Latina, “Gentle Birth” en EE. UU. Sin embargo, su definición sigue en la misma línea de defensa, del respeto a la elección de la mujer.

PARTE II: El Movimiento por la humanización del Parto en España

5 Narrativas del activismo feminista por la humanización del parto

Yo tengo que decir que me siento
muy orgullosa de ser feminista
pero no sé cómo se sentiría
el feminismo sobre mí.

En esta segunda parte presento las voces de las activistas y/o feministas que forman parte del movimiento en favor de la humanización del parto en España, algunas a lo largo de cuatro décadas, y a su vez describo el contexto necesario para ubicar dichas voces.

Para empezar debo describir el perfil, las trayectorias y las experiencias de 27 mujeres⁷⁸ que durante las últimas décadas han dedicado sus vidas a luchar por el respeto a la experiencia del parto y el nacimiento. Sus historias personales de aproximación al tema feminista y a la lucha por la humanización del parto narran también sus conexiones con organizaciones feministas y/o pensadoras feministas, así como sus reivindicaciones actuales en el campo de la salud de las mujeres y de la asistencia al parto. De hecho, las trayectorias relatadas por las activistas pasan por sus experiencias personales de parto, maternidad y lactancia, como resultado de acciones políticas que terminaron por fundar el Movimiento por la Humanización del Parto en España.

De aquí que los relatos enlacen experiencia, formación profesional y acción política. Así, lo que se describe y analiza es el modo en que finalmente estas experiencias y acciones individuales resultaron en la creación de organizaciones clave y de toda una *interface* entre movimiento social, feminismo y organización micro-empresarial de servicios sociales y de asistencia, sin dejar de tornar visible el rostro, la voz y las inquietudes de las mujeres.

5.1 Las activistas y/o feministas por la humanización del parto

El proceso de identificación de estas mujeres consideradas actores estratégicos que en la mitad de los casos estaban en la vanguardia del movimiento español empezó con el trabajo de aproximación a las revistas feministas (Gavarró & Taboada, 2008; Muruaga & Nogueiras, 1986) y con el soporte de revisión de la literatura (Odent, 2003; Diniz, 2005; Martín, 2006; Luzes, 2007; Vellay, 1967; Villarmeña, Olza & Recio, 2015). Este trabajo permitió listar la red de organizaciones por el parto en el mundo y en el territorio español, conocer su extensión,

⁷⁸ De estas 27 mujeres hay una representatividad clave del movimiento porque 20 de ellas han tenido un peso importante en la historia de la lucha en España.

campo de penetración y red de articulaciones, así como entrever algunas voces clave del movimiento, que aparecían citadas en la literatura. A partir de esto combiné tres estrategias de captación de las mujeres activistas, a saber:

1) Comunicación por correo electrónico/Facebook/teléfono.

Durante el curso de la investigación fui construyendo una lista de personas estratégicas y las fui siguiendo por las redes sociales; con otras me puse en contacto directamente por correo y teléfono.

2) Lista de correos electrónicos.

Fue a partir de tener contacto con algunas organizaciones en las que presenté mi propuesta de investigación, como es el caso de *El Parto es Nuestro* y *Dona Llum*, que pude contactar a activistas que quisieran colaborar.

3) Bola de nieve.

En el transcurso de las entrevistas algunas mujeres indicaron a otras que podían entrevistarse conmigo.

Finalmente, el número total de entrevistadas fue 27 mujeres activistas y/o feministas (ver Tabla 2). El grupo de edad de mayor participación fue entre 30 y 40 años (30,8%), seguido del grupo entre 40 y 50 años (26,9%), entre 50 y 60 años (23,1%) y entre 60 y 70 años (19,2%). De todas ellas, solo 6 no se reconocieron como feministas. En cuanto a su activismo, este se remontaría para algunas (10 en total) a los años 70 y 80, hace 30-40 años o más; en cambio, otras (17 en total) participan del movimiento hace tan solo una década o menos.

Ello me permitió trazar una división particularmente significativa entre dos grupos: grupo (A), que se refiere a las activistas más recientes y grupo (B), que visibiliza las activistas presentes en la vanguardia del movimiento desde los años 70 y 80. En cuanto a la ocupación, el 85,1% del grupo indicó que trabaja en el campo del parto humanizado (7 doulas, 5 comadronas, 3 médicos, 3 educadoras perinatales, 2 asesoras/consultoras internacionales, 2 abogadas en torno a la maternidad) y las demás se designaron como madres activistas. En este mismo sentido, todas las entrevistadas relataron que han sido madres, siendo la media de unos 2 hijos por entrevistada. El tipo de parto más experimentado ha sido el natural/humanizado (44,26%), seguido del parto normal (31,14%), la cesárea (19,67%);

siendo muy bajo el porcentaje de mujeres que no ha experimentado ningún parto (3,27%) o ha elegido un parto natural/desasistido (1,63%)⁷⁹. La tasa global de niños lactados es de 88.53%.

Tabla 2. *Perfil de las entrevistadas*

Categorías	Clasificación	Total de entrevistadas
Entrevistados	Total de participantes	27
Grupo de edad	30 - 40 años	30,8 %
	40 - 50 años	26,9 %
	50 - 60 años	23,1 %
	60- 70 años	19,2 %
Ocupación	Doulas independientes	7
	Comadronas	5
	Médicas(os)	3
	Educadoras perinatales	3
	Asesora/Consultora internacional	2
	Abogada de maternidad	2
	Madres activistas	5
Identidad feminista (apreciación subjetiva de las propias mujeres)	Feministas	21
	No feministas	6
Tiempo de activismo	10 años o menos (Grupo A)	17
	30-40 años o más (Grupo B)	10
Número de hijos	Por entrevistada	2.17
Tipos de partos	Natural/humanizado	44,29%
	Normal	31,14%
	Cesárea	19,67%
	Ningún	3,27%

⁷⁹ Parto sin asistencia médica experimentada realizado por la propia mujer que está pariendo en su casa.

	Natural/desasistido	1.63%
Lactancia	Niños lactados	88,53%

A partir de los datos proporcionados por ellas resultó de interés analizar su propia red con asociaciones (ver Anexo V), su conexión con toda una serie de organizaciones de mujeres y feministas que actúan a nivel del asociacionismo, movimientos de base, cooperativas, ONG y redes a nivel local, europeo e internacional. Cabe mencionar que no todas las organizaciones tienen como eje temático o pauta política central el parto, sin embargo, reflejan la identidad política y de participación social de las entrevistadas.

Con el análisis de la red de estas organizaciones pude trazar el nivel de representatividad de cada una de estas entidades para las activistas españolas y su nivel de conectividad; dichas conexiones ilustran muy bien el nivel de relación entre las organizaciones y la representación del movimiento. La estrategia de captación de la muestra⁸⁰ partió de una lista de correos de la asociación *El Parto es Nuestro*, de la cual 18 de las entrevistadas son socias⁸¹.

Tal y como muestra la Figura 3, existen otras asociaciones históricamente importantes para comprender el movimiento, entre ellas *Nacer en Casa*, *Titània-tascó*, *Migjorn*, dedicadas a la asistencia al parto domiciliario, en las que participan otras 10 entrevistadas, que a su vez mantienen contacto con *Dona Llum* y *Observatori de Maternitats i Paternitats Contemporànies*. Todas las organizaciones restantes aparecen como una respuesta a su participación en alguna organización feminista. Finalmente, los movimientos activistas más internacionales -como es el caso de *Roses Revolution*- nacen a partir de cierta cooperación con *El Parto es Nuestro*.

En la figura se representan las organizaciones con vertiente feminista (en rojo) y las que no lo son (en negro), clasificación que traduce el reconocimiento dado por las entrevistadas a estas organizaciones y la historia de la organización con sus vinculaciones al sector feminista de base relatada por las propias mujeres. Lo anterior evidencia cómo algunas asociaciones surgieron a finales de los años 70 de grupos vinculados con el movimiento feminista y participaron con organizaciones abiertamente feministas.

Para ilustrarlo, expongo a continuación una narrativa especialmente significativa de una

⁸⁰ Quisiera aclarar que el uso del concepto de muestra utilizado en la investigación es cualitativo.

⁸¹ Pero además las entrevistadas participan de otras organizaciones. El Parto es Nuestro funciona como una organización que conecta activistas de todo el movimiento español.

mujer activista pionera del movimiento en favor de la humanización del parto:

Entonces sí que dentro del movimiento feminista había mujeres que veían la necesidad de atender el parto y la maternidad, pero eran pocas, y la otra parte como más intelectual y más tal se separó [...] y no es que se critique pero se funciona en paralelo [...] Había mujeres que organizaron el *Grupo de Partos de Mujeres de Barcelona* como podía haber la Coordinadora del Aborto [...] pero la bandera del feminismo reconoció más a la Coordinadora del Aborto que al *Grupo de Partos de Mujeres de Barcelona* que da origen a una de las cooperativas que es Titània-tascó. (Comunicación personal, Activista grupo B)

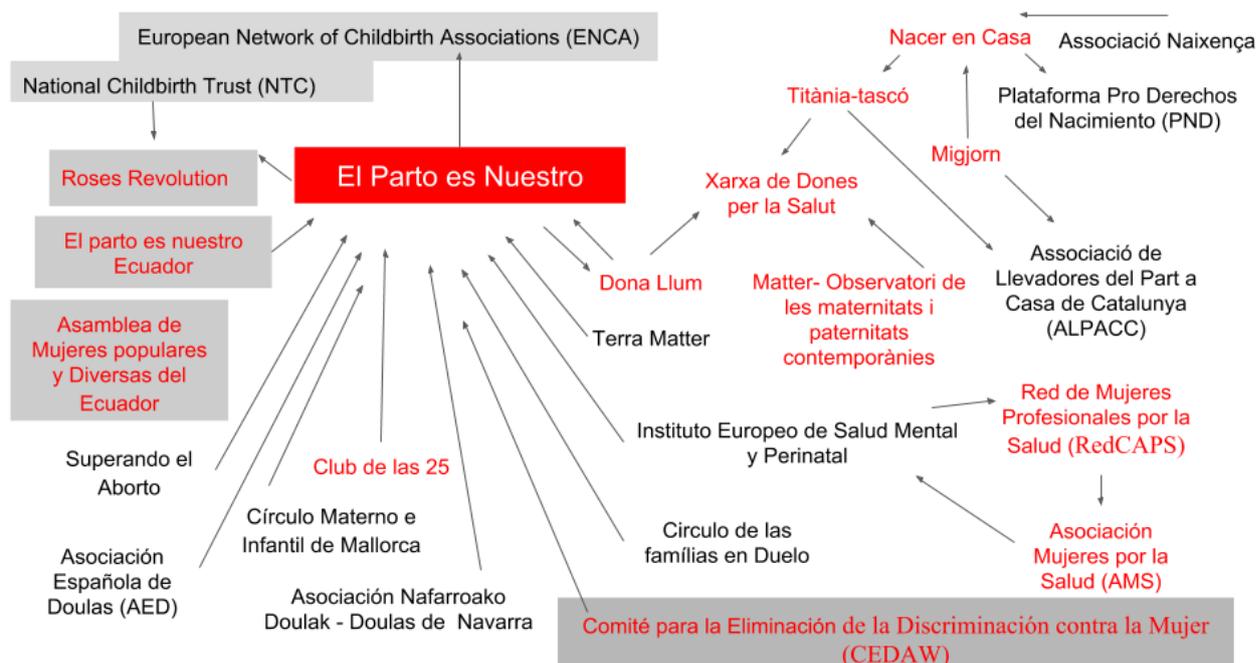


Figura 3. Representación política de las activistas

Fuente: Elaboración propia

El Movimiento por la Humanización del Parto en sus inicios comenzó con una participación y cooperación marginal del movimiento feminista, desencadenando un proceso de cariz feminista con interés por el parto que desembocó en asociaciones independientes. Estas entidades focalizaron su reivindicación en los partos, sin embargo, con el tiempo se fue estableciendo una pequeña contradicción -si es que se puede llamar así- al no hacer explícita de forma abierta su reivindicación como ámbito del feminismo. Ello contribuyó a generar una cierta confusión entre algunas activistas que sí habían abogado por tal defensa. Durante las entrevistas no fueron pocas las mujeres pertenecientes a estas asociaciones que se reconocieron feministas y expresaban incluso la ausencia del debate interno. A continuación, se enuncian algunos relatos representativos en los que se constata el marco referencial

feminista de las propias mujeres activistas:

Soy parte de *El Parto es Nuestro*, pero como organización no se “identifica” como feminista [...] lo de EPEN a veces me llama atención, porque algunas personas tienen las típicas resistencias patriarcales al tema de derechos y se quieren mover solo en “ el metro cuadrado” del parto y no en sus implicaciones en la vida social de una mujer, de su familia [...] además estoy haciendo mi formación como *doula* y he visto también que por ahí hay un cierto “miedo” al tema de derechos vs salud [...] es como una cultura del miedo hacia la sexualidad más puro y duro [...] de hecho hay como una imposibilidad de plantear el tema. Cosa que me desespera. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Cuando era más joven sí, ahora solamente estoy en *Dona Llum* que no es una organización feminista propiamente dicha. De hecho, uno de mis problemas con *Dona Llum* cuando llegué era considerar que estaba muy lejos del feminismo. (Comunicación personal, Activista, grupo A).

Sin embargo, en el mismo transcurso de esta investigación *El Parto es Nuestro* y *Dona Llum* reconocieron abiertamente ser asociaciones feministas, es decir, en poco tiempo se ha producido un efecto cascada: el proceso de debate y auto-reconocimiento empezó en 2017 en la asociación *Dona Llum* y un año después continuó en *El Parto es Nuestro*. Tal como se ha podido evidenciar con la contrastación pormenorizada de los relatos de las mujeres activistas, en el escenario actual el feminismo promueve la articulación entre entidades, siendo la *Xarxa de Dones per la Salut* el referente por donde se articulan y unifican pautas feministas, e incluso el tema de los partos. Se han escogido los siguientes relatos significativos que ilustran perfectamente este clima actual de conexión entre entidades y la visibilidad del feminismo que relaciona a las mujeres entre sí en vez de separarlas:

[¿Cómo te has dado cuenta de que eras feminista?] Por *Dona Llum* [...] hubo una celebración en la ciudad de Barcelona en *Ca la Dona* de un tema de salud y fui [...] cuando llegué allí, es como haber llegado en casa, estaban [...] un montón de mujeres que llevaban algunas un montón de años en el movimiento y dije: “vale, esto tiene sentido” y no tanto porque estemos todas perfectamente de acuerdo en todo sino porque aquí está pasando algo, hace muchos años que pasa y para mí fue ese el día de la revelación [...] estar en *Ca la Dona*, exclusivamente compartiendo entre mujeres y sintiéndome como [...] que por fin todas las preguntas que tenían estaban cobrando sentido [...] Ahora sí que somos abiertamente feministas y estoy también en la *Xarxa de Dones per la Salut* que es como una federación de derechos de la salud para las mujeres, no solo sexuales y reproductivos sino que engloba diferentes aspectos, aunque obviamente participo más de temas sexuales y reproductivos también apoyo causas de otras compañeras [...] porque si tengo amigas que están en movimientos lesbo-feministas que organizan algo también voy y estoy un poco [...] no me gusta abanderar causas que creo que no me tocan en primera mano y por eso estoy más metida en el tema de maternidades, porque es con lo que me he metido un poco al principio y ahí me he quedado. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Ahora participo de *Dona Llum* que ahora es una asociación feminista. [¿Ah sí?] Sí y de esto se puede hablar [...] De hecho, el cambio de fundación fue en febrero, con unas nuevas, y realmente ya se consolidó el tema, porque antes de eso había estado como parte de la discusión [...] habíamos hablado entre socias y las nuevas, las más jóvenes sobre todo [...] teníamos que declararnos abiertamente feministas y luego había gente que tenía miedo de que decir eso abiertamente, supusiera un problema [...] Y también creo ha sido muy positivo [...] porque

reconocernos abiertamente [...] porque entonces entras en una cooperación más abierta con otras asociaciones y creo que en ese sentido ha sido un paso muy importante [...] Nos acusaban de radicales, que le están dando un giro muy radical en *Dona Llum*, que no les gustaba tanto el discurso [...] curiosamente fueron los profesionales las que se dieron de baja. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Aun así, en los relatos se perciben estilos de reivindicación o de institucionalización distintos en el asociacionismo. Algunas asociaciones –como *El Parto es Nuestro* y *Dona Llum*, diseñan una articulación institucionalizada con propuestas de cariz político y con acciones directas de alto impacto, o una articulación internacional en el Movimiento por la Humanización del Parto. En cambio, otras promueven acciones sociales concretas con aire reivindicativo. En suma, las trayectorias de participación política del grupo de entrevistadas terminan por evidenciar vínculos con el movimiento feminista o la influencia de este. Así pues, para terminar de comprender cómo el feminismo promovió marginalmente desde sus inicios la lucha por los partos humanizados y sigue influenciando sus bases hace falta escuchar las narrativas de las propias mujeres.

5.2 Narrativas del autoreconocimiento feminista

En las narrativas de las mujeres activistas, en general el tema del feminismo ha surgido cuando se han referido a sus experiencias personales/subjetivas, familiares, profesionales y de participación social. En primer lugar, constaté que las experiencias personales funcionan como catalizadores de sus conciencias y vidas hacia el feminismo. Dichas experiencias son muchas y variadas, aunque todas son ilustrativas de un tipo de conciencia amplia sobre la discriminación que se gesta en un contexto de represión, tal y como enuncian los siguientes relatos:

Cuando de niña, como te decía, observo mi entorno [...] van a emigrar los hombres fuera a buscar dinero para las familias, las mujeres se quedan solas, analfabetas [...] en ese momento más del 70% de la población de mujeres españolas era analfabeta y mi madre les enseñaba en la mesa de casa donde comíamos [...] les enseñaba por grupos a leer y escribir [...] yo creo que allí fue mi primera experiencia inconsciente de la necesidad de ubicarme como mujer en el mundo [...] luego más tarde [...] yo claro, soy hija de mi época como todos nosotros [...] en los últimos días del franquismo, de la dictadura [...] yo me ubico en un movimiento de no violencia y de no violencia a las mujeres [...] era muy fuerte el militarismo en España en esa época [...] entonces bueno, yo hija de mi época me conecto con la corriente feminista de los años 70. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Llegué al feminismo a través de defender la maternidad, en pleno derecho de defender que las mujeres necesitaban ser escuchadas a la hora de parir, de defendernos de las agresiones sufridas durante el parto, defender todo eso y entonces cuando empiezas a investigar esa parte, es inevitable llegar al ¿por qué? ¿Por qué esto ocurre?, y esto ocurre porque en el gran espectro social, las mujeres no son respetadas [...] entonces era como, ¡ah bueno! [...] es que sigues rascando, y sigues rascando, y llegas a encontrar que esto es un problema mucho más grande que el aspecto del parto ¿no?, es un problema que viene desde más lejos. (Comunicación

personal, Activista, grupo A)

Ahora bien, aunque en las narrativas se constata la consciencia por las dificultades y las injusticias de las mujeres y el deseo de cambiar la realidad, y un alto porcentaje de mujeres activistas declaradas feministas, no todas se identifican como tales porque les parece de poco interés e inadecuado a sus realidades y necesidades personales. Tal como muy bien ejemplifica este relato:

[¿Por qué no te defines como feminista?] Porque primero no estoy metida en la idea que tienen las feministas. Soy una mujer que tiene una trayectoria de vida muy estable, que no tengo reivindicaciones nada más que de cosas puntuales con los bebés [...] Lo único que yo puedo hacer es aportar lo que yo creo que puede ser una herramienta para todas las madres que se acercan a mí. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Si analizamos los discursos de las activistas notaremos que entre la experiencia-aproximación y la experiencia-rechazo al feminismo existe una línea divisoria débil, en la medida en que el autoreconocimiento feminista no se acerca plenamente al feminismo hegemónico y ello se produce tanto en el grupo (A) como en el (B). Las ideas feministas que emergen en el relato de las activistas están cargadas de reflexiones y elaboraciones que suelen derivarse de las luchas y pautas de los feminismos de los años 60. Probablemente, estas voces representen la firmeza de una resistencia revolucionaria-femenina gestada en aquellos años, pero con importantes matices centrados en la maternidad. Tal como se ilustra en estos ejemplos:

Mi abuela probablemente no tenía derechos [...] era la mujer que tenía que producir hijos [...] sin embargo, intuyo que en el parto había cierta libertad que ahora no tenemos, había cierta libertad e incentivo, si quieres ¿no? [...] no una libertad teórica [...] no, una libertad de derechos... por ahí, por ahí llego al feminismo. ¡Vale! [...] por ahí me encuentro que las feministas en general, a veces se olvidan bastante del aspecto de la maternidad o tienen problemas de reconciliación con eso, porque el feminismo de base estaba en contra la maternidad impuesta [...] entonces ahora, como feminista del año 2017, reclamar esa maternidad crea dicotomías, crea conflicto, genera incomodidad [...] yo veo que fue una trampa [...] yo creo que la rebelión que se hizo en los 60 fue muy necesaria, estoy muy agradecida, gracias a ellas puedo reclamar lo que reclamo yo ahora, pero por desgracia tengo que decir: “¡sí, vale!” [...] ese feminismo sí [...] pero también quiero mi espacio y también mi derecho de ser madre sin tener que convertirme en una réplica de un hombre. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Lo que pasa es que hemos llegado a muchos feminismos, a muchas divisiones y hemos llegado a hacernos daño [...] yo he aprendido de muchas mujeres feministas, pioneras de los años 70 que han luchado tantísimo para que yo pueda ejercer mi profesión liberal. Y he aprendido mucho de ellas y les agradezco infinito [...] lo que pasa es que ese feminismo dejaba la maternidad de lado, por una lucha por salir al espacio público, que era el espacio masculino [...] en ese momento se renunció a la maternidad libre porque eso era lo que en realidad había servido para subyugar [...] para que las mujeres no encontraran esa área de progreso, de desarrollo personal, profesional y de libertad, de igualdad [...] por tanto, la maternidad quedó en un momento determinado al margen. Muchas de estas mujeres además renunciaron a sus maternidades gozosas y claro [...] que lleguemos ahora unas cuantas y digamos que el

feminismo se ha olvidado de esta parte y que queramos incorporarla para tener la plenitud completa [...] Pues entiendo que a veces, pues es difícil [...] estamos en este juego [...] yo creo que el feminismo está llamado a ser integrador [...] lo pienso de esa manera y yo he aprendido muchísimo durante todo este tiempo a descubrir ese feminismo pleno, ese feminismo de libertad, ese feminismo que goza con cada oportunidad y que hace que cada mujer sea diferente, y que cree que cada mujer es capaz de elegir en libertad lo mejor para ella y para su equipo, para su familia. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Por consiguiente, aunque existan estos matices significativos en los discursos de las activistas respecto al feminismo, la repetición de ciertos conceptos clave ayuda a definir cuál es su “feminismo”. Así, por ejemplo, en la constelación de discursos aparece muy vinculado al concepto de “igualdad”, así como el de equidad, derechos humanos, superación de una condición de inferioridad y la creencia en la necesidad de un trabajo unificado de las mujeres y todo este marco conceptual conecta con un eje fundamental del discurso que es la propia noción de reivindicación de derechos. En la siguiente figura se puede visualizar en torno a qué términos las entrevistadas definen el feminismo. El uso de terminología da a entender cómo se significan ciertos términos *abstractos* o que *condensan* mucho significado y que en este caso están relacionados con su conceptualización del feminismo.

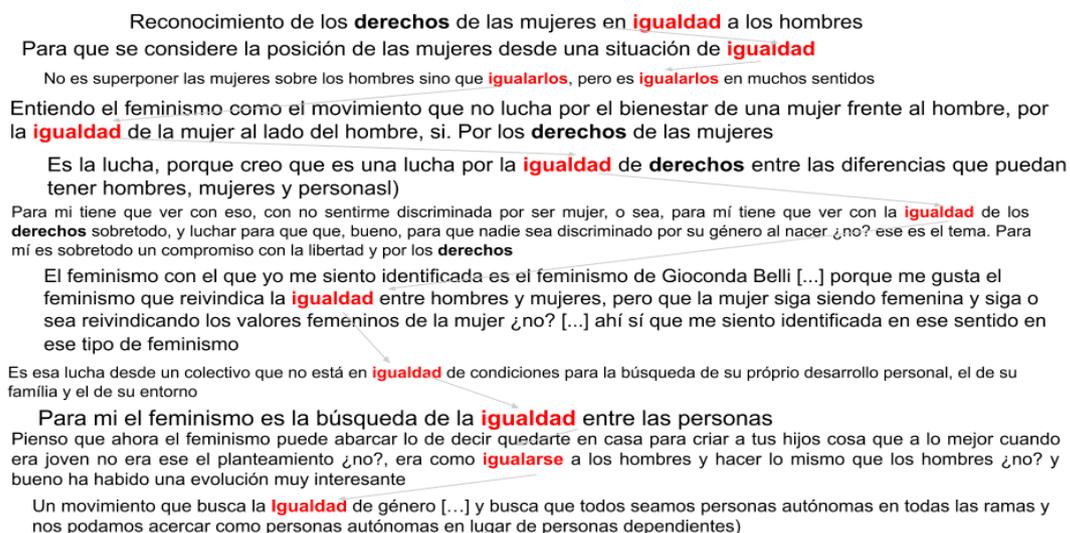


Figura 4. Conceptos de feminismo

Al mismo tiempo, en el proceso de las entrevistas las mujeres presentaban una cierta preocupación por conocer o definir el feminismo desde un proyecto teórico o intelectual y en un principio, el planteamiento resultó incómodo para muchas. La complejidad y/o criticidad de sus definiciones se ampliaba a medida que se trataban de activistas muy implicadas en el debate teórico y académico. Aun así, pude constatar que muchas partían de un sentido común

de lo que es “ser feminista” o “defender el feminismo” o, en algunos casos, era una elaboración poética-filosófica-teórica y consciente de sus prácticas políticas-sociales. Pongamos algunas ilustraciones:

No he llegado a través de un desarrollo crítico y personal, sino que forma parte de entender que en el mundo hay unas desigualdades clarísimas por muchas cuestiones [...] y una de estas cuestiones centrales es la cuestión de género [...] y que el género condiciona absolutamente nuestra experiencia vital [...] Y para mí, el feminismo es poner encima de la mesa esta desigualdad y el trabajo de superar esta desigualdad y poner en la agenda de cualquier otra actividad la cuestión de género también [...] que atraviesa muchas otras cuestiones como la raza, como las diferencias económicas, como muchísimas otras cosas [...] pero el género es un eje básico a partir del cual se clasifica el mundo. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Es la lucha por la equidad, la posibilidad de que mujeres y hombres lleguen a una igualdad de oportunidades en la praxis, en la cotidianidad. Por eso me parece clave el trabajo a nivel de políticas públicas, a nivel de mujeres y hombres para entender las posibilidades y ventajas, para plantearlas. Además, me parece clave el trabajo desde el feminismo en esferas “no tradicionales” para la agenda feminista [...] así como el parto humanizado, aunque puedan parecer poco vinculados, ¡lo son! (Comunicación persona, Activista, grupo B)

Entre algunas mujeres se evidenció la definición de un feminismo radical⁸², llamado de *raíz*, que muchas veces encuentra contradicciones con las propias prácticas en favor del parto humanizado. Solo a modo de ejemplo se presentan aquí dos relatos:

Mi feminismo es digamos de raíz, de venas, de vida, de filosofía de vida, pero no estoy activa [...] de hecho, he tenido muchos problemas con este tema porque por ejemplo, estoy muy metida en pérdidas gestacionales y hay un tema que es el aborto voluntario [...] y las mujeres cuando están en este ámbito les cuesta mucho hablar o ayudar a una mujer que ha decidido [...] Porque cuando se pone un grupo de feministas [...] estas que la maternidad es una esclavitud [...] me revuelve muchísimo [...] esta falta de coherencia entre feminismo y maternidad que hay en algunos [...] no es generalizado, pero en algunos sectores sí. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Sheila Kitzinger sin duda [...] se definía feminista [...] Ella tuvo sus propios conflictos un poco [...] con este tema [...] Sheila era feminista radical desde su raíz [...] yo decía es que no se puede ser de otra manera [...] es que si tú puedes defender los derechos de las mujeres en el parto [...] quizás no te quieras denominar así [...] pero es lo que eres [...] es que no hay más ¿no? (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Para continuar profundizando sobre el repertorio discursivo de las mujeres entrevistadas recopilé los referentes teóricos o inspiraciones feministas que de alguna forma han influenciado sus ideas, su visión y su análisis de la condición de las mujeres con el objetivo de identificar cómo este *background* feminista posibilita explicar su posición política en la *lucha* por la humanización del parto, aunque este sea un ejercicio aproximativo a autores significativos que logran recordar en las entrevistas, puesto que el universo de sus

82 En analogía al discurso recurrente en el Movimiento por la Humanización del Parto brasileño por las activistas brasileñas que se autoreconocían como feministas de raíz.

inspiraciones es seguramente más amplio. En este análisis de los referentes se traza una distinción clara entre las activistas del grupo (A) y (B).

Los referentes de las activistas (B) son mujeres⁸³ que se involucraron con el feminismo y algunas resultan ser más próximas; entre las inspiraciones feministas de estas activistas la poetisa y feminista Adrienne Rich es uno de los referentes más citados, puesto que articuló la crítica feminista y la asistencia al parto en los años 80. Además, entre estas activistas (B) se percibe un fuerte acercamiento a la literatura con Erica Jong y Gioconda Belli, que formaron parte del repertorio literario entre las feministas de aquellos tiempos. Tal como resumen perfectamente las siguientes citas muy ilustrativas de una forma de pensar:

Yo me identifico completamente con una frase de Adrienne Rich y la otra no me llega, mientras hablamos la buscaré y te diré [...] Erica Jong [...] Espérate que te la leo literal porque realmente creo que merece ser trasladada a todas generaciones [...] “Soy feminista porque quiero los mismos derechos para mis hermanas, las mujeres y la idea de que para ser libre y vivir mi vida no necesito un hombre” [...] dice algo así [...] con ligera variación [...] esa es de Érica Jong, pero también me encanta el trabajo de Adrienne Rich, quizás es la que más me identifico desde el punto de vista del feminismo y desde el punto de vista maternal. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

¿Conoces a Gioconda Belli? [...] Gioconda Belli es una poetisa extraordinaria nicaragüense, pues es una mujer que [...] empezó con “Amor insurrecto” en la época de la revolución sandinista y que posteriormente ha escrito “El ojo de la mujer” [...] o sea tiene muchos libros y ha escrito poesía [...] en uno de sus poemas dice que “No es los partos lo que las envejece sino la falta de amor”. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Sin embargo, las mutuas influencias para ambos grupos se articulan a través de los nombres de Gioconda Belli, Victoria Sau y Carmen Valls y son especialmente las activistas del grupo (A) quienes reconocen sus trabajos y a sus amigas como su principal inspiración, es decir, el grupo (A) ha sido inspirado por autoras y por la experiencia de tantas mujeres y amigas que resulta difícil, en algunos casos, enunciar nombres, motivo por el cual se autodenominan, a veces, *autodidactas sin referentes*. En este grupo (A) que se observó la fuerte influencia del feminismo académico al citar a Dona Haraway, Magdalena León, Henrietta Moore, María Cuvi Sánchez, Dianne Rocheleau, Carme Diana Deere, Vandana Shiva, Bárbara Ehrenreich, Deirdre English, Nuria Varela, Marcela Lagarde y Simone De Beauvoir. Inspirándose también en mujeres vinculadas al arte y al activismo como: Frida Khalo, Anaïs Nin, Alicia Murillo y Diana J. Torres. Además nombraron a la antropóloga Sheila Kitzinger -referente internacional en el campo de la sexualidad y de la asistencia al parto a partir de los años 90, pero sobre todo en los años 2000 hasta su muerte en 2015-,

83 Tales como Eleanor Taboada, Victoria Sau, Casilda Rodrigañez, Sara Velasco y Carme Valls. Vivian Camacho también aparece como una persona cercana e inspiradora, pero es una actriz que representa movimientos más actuales.

reconociéndola como inspiración feminista. Tal como resume claramente este relato:

Sheila [...] Sheila Kitzinger, de hecho, hoy lo pensaba que me emociona, perdona [...] Sheila para mí fue muy importante [...] Sheila para mí es fundamental porque Sheila engloba todo eso de lo que estoy hablando [...] sexualidad, risa, feminismo, activismo, todo un compendio [...] para mí es mi ídolo, en tanto que la sentí mucho como una compañera también [...] a mí me cambió la vida [...] estoy convencida de que me cambió completamente todo mi parto, mi vida, todo. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

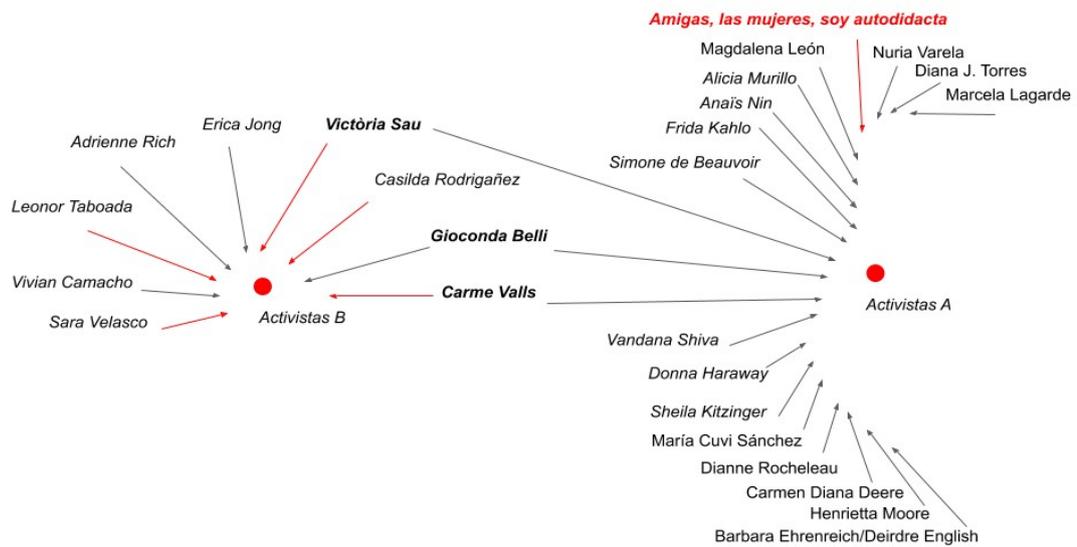


Figura 5. Inspiraciones feministas de las activistas

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, también resulta de interés mostrar los referentes vinculados a la lucha por la humanización del parto en el discurso con dichas activistas y que también resultan una influencia para su visión, posición y prácticas en este campo. Este es el caso muy especialmente de los obstetras franceses Michel Odent y Frédérick Leboyer; Mardsen Wagner, ex-director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS y Carlos González, pediatra español. Es preciso observar que la influencia masculina es más relevante entre el grupo de activistas (B) que lleva actuando más de 30 años. Mientras que el grupo (A), más reciente, es el que empieza a cuestionar los referentes masculinos del campo -algo que contrasta con el discurso y las prácticas de las activistas (B). Ello, sin embargo, plantea algunas incoherencias, tal como se ilustra en los siguientes relatos:

El otro día hice la crítica de Frédérick Leboyer y de repente es como, lo sentí [...] como criticar a mi padre [...] había una parte de mí, de niña que decía: ¡Pero es que Leboyer, no puedo criticar Frédérick Leboyer que escribió partos sin violencia! O Michel Odent que es con quien aprendí a ser doula [...] pero sí tienen que morir en el sentido simbólico, tienen que morir

completamente para poder hablar con tu voz porque si seguimos con el tema de: Mira que un hombre me da la razón, mira que este señor dice que no estoy loca, mira que ¡no! Hay que gritar desde los ovarios. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

El Dr. Wagner fue un ángel para todas nosotras, porque digamos que en España lo pudimos escuchar públicamente en Madrid en las primeras jornadas que nos invitaron desde el ministerio y fue la gloria escuchar a una autoridad mundial decir lo mismo que nosotras, un masculino, pero con la autoridad de la Organización Mundial de la Salud [...] por lo cual nos dio un empujonazo que fue definitivo. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

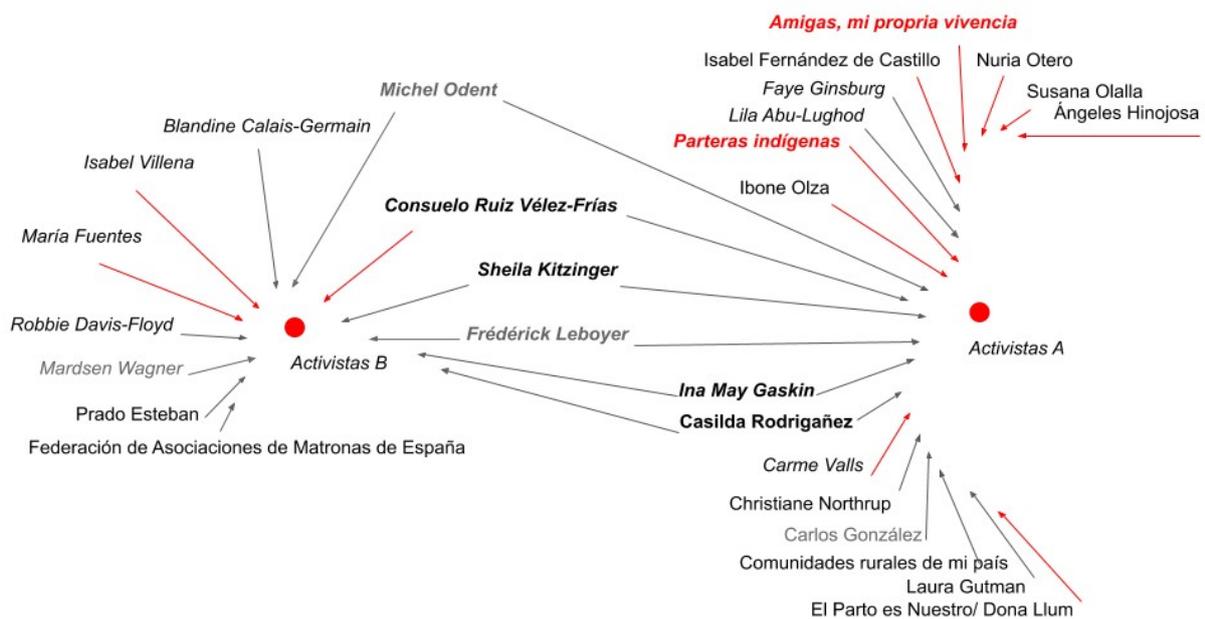


Figura 6. Inspiraciones en el campo de los partos

Fuente: elaboración propia

Como logró evidenciarse, fueron siete veces citados los nombres de Sheila Kitzinger y de la comadrona española Consuelo Ruiz Vélez-Frías, seguidas por la comadrona estadounidense Ina May Gaskin, referenciada cuatro veces. Aun así, el fuerte impacto de las teorías de Michel Odent se ve reflejado en el imaginario político y la lectura crítica del modelo de asistencia al parto, abriendo espacios para la reinención teórica.

Michel Odent es una referencia absoluta. Michel Odent yo lo he escuchado varias veces y tiene una cosa maravillosa, bueno tiene muchas. Una es la capacidad de relacionar [...] que normalmente en las ciencias no hay, porque cada uno es especialista de su pequeño ámbito, de su parcela de especialidad [...] Tiene una visión muy holística [...] por otro lado, es capaz de ver la transcendencia de las cosas en el tiempo. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

A mí me gusta mucho Michel Odent sus trabajos originales, [...] yo lo que me he dado cuenta es que todos estos años que el parto tiene un estado alterado de la conciencia en la mujer muy importante, muy específico, el parto está dirigido por neurohormonas de la madre y del bebé,

entonces el parto creo que es un momento crítico en el cerebro de los dos y creo que tendríamos que enseñarlo desde ahí, porque cuando entiendes desde ahí, primero que el parto es fisiológico o lo que la naturaleza ha previsto, la evolución ha favorecido el parto, [...] si el parto va mal o si no se trata bien a la mujer, o si no respeta sus necesidades, el parto puede ser devastador y puede condicionar el resto de su salud psíquica, [...] estoy viendo el parto como un evento neurobiológico e intento difundirlo desde ahí. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Sin embargo, más allá del entusiasmo y la pasión abierta a Michel Odent, algunas comadronas expresaron abiertamente sus críticas a sus prácticas de asistencia y a algunos aspectos de su producción teórica, como por ejemplo, la presencia del padre en los partos o de acompañantes, visto su no intervencionismo radical:

Con Odent estoy de acuerdo en algunas cosas y en otras no [...] Esto que dice que los acompañantes [no estén presentes en] el parto [...] yo creo que es la mujer que tiene que decidir quién tiene que estar con ella, ningún hombre ni nadie tiene que decidir quién quiere estar acompañada. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Del mismo modo, las autoras feministas que se mantienen como referentes en el campo de los partos para el grupo (A) son Casilda Rodrigañez y Carme Valls. A este grupo de referentes se incorpora la antropóloga Robbie Davis-Floyd, Faye Ginsburg, Lila Abu-Lughod y Prado Esteban. Entre las activistas y autoras españolas están Ibone Olza, Isabel Fernández de Castillo, María Fuentes, Susana Olalla, Ángeles Hijonosa e Isabel Villena. Además de otras autoras internacionales como la ginecóloga Christiane Northrup y Laura Gutman. En este sentido, y ya para finalizar, existe una regularidad discursiva encontrada en esta cartografía de inspiradoras, que es la autorreferencialidad, es decir, la referenciación de sí mismo y sus prácticas o las de las colegas más próximas. Esta práctica es también observable en las películas como una estrategia de reconocimiento de su autoridad y contribución en este campo -tal es el caso de las películas *Freedom for Birth* y *Entre Leurs Mains*, en las que las comadronas son ovacionadas por un público (Cavalcanti, 2014, p.112).

Consuelo, nuestra matrona, a la que tuve la suerte de conocer un poquito antes de morir, escribió un libro y nos inspiró mucho a todas y bueno, Isabel Fernández de Castillo escribió un libro español allá del 87 creo yo, escribió un libro hablando de todo esto, estamos hablando de 15 años antes de que nosotras empezáramos con esto. Pues claro que son autores y autoras que nos han inspirado muchísimo, Ibone, Isabel, Consuelo y claro, son autoras con las que hemos entendido que el parto es algo bueno, es algo grande, es algo que nos mejora, que nos da, no que nos quita. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Finalmente, para seguir estructurando el paralelismo feminismo y el parto humanizado indagué en las entrevistadas cómo han llegado a aproximarse al tema y movimiento de los partos humanizados/respetados, que relatasen qué episodios, acontecimientos o hechos le acercaron al movimiento, lo cual describo a continuación.

5.3 Narrativas de aproximación al tema de los partos humanizados

Detengámonos ahora en cómo las activistas llegaron a aproximarse al movimiento de los partos humanizados/respetados, cuyos relatos ofrecen episodios biográficos o hechos que las acercaron al movimiento. De las 27 mujeres activistas, 17 narraron que se aproximaron al tema a partir de sus experiencias de parto y de maternidad. Recordemos que el 44,26% de las experiencias de parto vividas por las mujeres activistas entrevistadas fueron partos naturales, respetados y humanizados y que para algunas de ellas su aproximación al tema se debió a las experiencias revolucionarias, extraordinarias, de respeto y belleza en sus partos. Tal como enuncian estas tres vivencias distintas:

[¿Como te has aproximado al tema de los partos respetados?] Pues con el nacimiento de mi hijo, pues como para muchas fue una revolución el parto, fue muy largo, pero fue muy respetado y muy bonito en el sentido, fue en casa como yo quería, con quien yo quería, pero estuvo muy muy duro y el postparto ya ni te cuento, pero entonces por esta parte yo ahí pues no sé, me sensibilicé, ahí yo creo que es cuando me hice feminista, un poco más de puño ¿no? De levantar el puño, me sensibilicé mucho con la causa de las mujeres en general. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Estuve viviendo en Italia y en Italia algunos unos amigos parieron en casa, fue una época en que gente cercana empezó a embarazarse entonces a mí se empezó a despertar el tema de la maternidad y eso amigos en concreto parieron en casa y ahí se abrió un mundo [...] y me fui a Guatemala, en Guatemala estuve en contacto con parteras de allá y flipando cada vez más, cada vez tenía más ganas de ser madre, estaba rodeada de niños, no conseguí estar en ningún parto con ninguna de estas parteras hasta que tres días justo antes de venirme para España tuvo que acompañar un parto en mitad de la selva y fue un parto fácil, fabuloso y estupendo, pero sobre todo para mí, la sensación que me quedó, donde yo me colocaba y con qué serenidad me colocaba al lado de aquella mujer cuando yo todavía no tenía ni puñetera idea de partos en el fondo y entonces ahí dije “venga me lanzo y me tiro por aquí”. (Comunicación personal, Activista, grupo A).

Decidí viajar por todo el país y parte del extranjero [...] y allí conozco un trabajo que se iniciaba, te hablo de finales de los 70, iniciaba el doctor Leboyer, Odent y claro, aunque yo no tenía intenciones en este momento de ver la obstetricia eso me marca para siempre, la primera vez que veo un parto es un parto respetado e ya nunca más puedo soportar un parto no respetado y eso es algo fundamental que quiero que subrayes, porque gran parte del condicionamiento médico viene de allí, desde el principio ves el tipo de parto y normalizas algo que no puede ser considerado normal pues porque te condiciona el hecho de la experiencia directa. Mi primera experiencia fue tan maravillosa en ese sentido que ya no pude soportar más un parto violentado ¿no?. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

En línea contraria, cabe resaltar la relevancia de relatos de partos traumáticos y la lectura que realizan de las experiencias que se traducen por un malestar e inquietud; siendo bastante regular los enunciados “yo me sentía muy mal”, “no estaba nada contenta” y “no me sentí nada apoyada”, es decir, en las narrativas de este tipo de partos constelan las palabras: enfado, injusticia, indignación, *shock*, traumático, terrible, insatisfacción, maltratada, violento,

desilusionada, difícil, robo, decepción, rabia, ira, llanto y frustración. Incluso, numerosas percepciones aparecen relacionadas y construidas *a posteriori* según su información sobre los procedimientos -aspecto fundamental que les permitía analizar críticamente sus experiencias y posicionarse en favor del parto humanizado. He aquí un ejemplo de ello:

Desde que yo rompí aguas por la mañana, como yo ya sabía de Suecia que eran 72 horas, ya empezaba a intuir que “Cuidadito con las cosas que haces”, rompí aguas, me quedé en casa, por la tarde empezaron las contracciones así que fuimos al hospital y les dije: “Ya rompí aguas” y el trato todo rato muy impersonal, la gente te veía abierta de patas, de cualquier manera, ni se presentaban y luego no me sentí nada apoyada, era una noche que había un eclipse luna llena roja y estábamos ahí todas pariendo y claro era como: “A ver, tú la que quiera parto natural, venga ponte la epidural, que así vamos a ponerte una ayudita, ¿no quieres tener a tu hija pronto contigo? Ayudita hubiese sido con oxitocina. Y todo el rato, o sea, cada vez que abrían la puerta era para decirme: “Venga, ¿Ya te pusiste la epidural?, ¿Vas a dejar que te ayudemos?, venga ¿Ya te la pones?, ¿Ya te la pones?” y claro al final me dijeron que la anestesista que había, que sabía poner la epidural que se iba y que el siguiente no sabríamos si la ponía y fue como: “Llevas muchas horas aquí, pronto te dolerá mucho más, tú piensas que puedes aguantar pero la mayoría no aguantáis, estas cansada, si te la ponéis descansarás un poco y además este señor te la pondrá muy bien, podrás caminar” y fue verdad, pero pasaron 2 cosas mientras me pinchaba, sacó de la gaveta una comadrona que no había visto nunca y me dijo que: “Siempre que entra una mujer diciendo que parirá sin anestesia, hacen apuestas y que esta noche había ganado gracias a mí”, [...] me dijeron que no me podía mover porque ahora llevaba anestesia y tenía que ir a monitores y anteriormente a esto yo había pedido que me abrieron la sala de parto natural pero me dijeron que no porque tenía muchas mujeres y que claro no podían estar pendientes de mi ahí en la sala de parto natural entonces al final yo fue la última a parir de ese turno, las comadronas ya estaban como venga ya que eres una tortuga, que vas a ser la última a parir, solo queda otra y tú, y ya se escuchó el otro bebé llorar. [...] No me sentí nada apoyada, [...] y fue lo que confirmó todo aquello sobre lo que había estado leyendo y buscando información y leyendo en Parto es Nuestro y todo, fue como la confirmación de: ¿Que mierda es esta? [...] La mierda de mi parto fue que no me sentí apoyada para tener el parto que yo quería, [...] y cuando pasaban los días era como: me hicieron esto, me hicieron lo otro y me dijeron esto, [...] y pensaba: nos merecíamos algo infinitamente mejor, [...] a mí la buena suerte no me tocó y no puede ser que el nacimiento de mi hija dependiera de que me tocara la buena suerte. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

El relato ilustró el tema recurrente de la violencia y de la falta de respecto en el sistema sanitario español sobre las elecciones, los cuerpos y las experiencias de parto de las mujeres. Algunas entrevistadas llegaron a nombrar estas prácticas como “Violencia Obstétrica”, un concepto que se observa en algunos relatos que no se manejaban entre los años 1960 y 1970, visto que tratase de una elaboración conceptual reciente. La cesariana impuesta también fue un tema que se repitió en algunos relatos de partos, visto que la tasa de cesariana del grupo entrevistado es de 19,67%. De ahí que en su conjunto este tipo de relatos busquen manifestar el sufrimiento compartido entre mujeres activistas de distintas realidades sociales por el mundo, que sienten que tuvieron sus experiencias de partos *robados* por la cirugía. Un tema presente en distintos argumentos filmicos de películas documentales activistas, por ejemplo, *O Renascimento do Parto* de Brasil, *The Business of being born* de EE. UU., *Le Premier Cri*”

de Francia y “*Freedom for Birth*” del Reino Unido, así como en este relato:

Mi problema empezó con el segundo, cuando él me dijo “te voy programar la cesárea”, entonces mi hija nació por cesárea involuntaria, no me pudo poner de parto. El otro sí que me pudo poner de parto, pero me hicieron una cesárea porque me dijeron que estaba medio de lado. Eso lo sabían ellos, porque yo ¿cómo voy a decir, no es cierto? Pero el segundo estaba de cabeza y encajado, es más, lo pude ver con mis ojos, porque porque había un espejo en el techo de quirófano, como lo desencajaron, lo sacaron, ay hija mía, estoy metida en lo que estoy metida y aquello fue violencia obstétrica a tope, pero yo no sabía que se llamaba así. (Comunicación personal, Activista, grupo B).

Yo en 2001 tuve a mi primer hijo [...] me adoctrinaron súper bien [...] el curso preparatorio de atención al parto hice todo lo que me habían dicho y tuve mi cesárea por supuesto prometida “crónicas de una cesárea anunciada”. Cuando quedé embarazada de mi segundo hijo en el año de 2003 yo buscaba un parto vaginal [...] Conocí a través de internet un grupo que se llama “apoyo cesáreas” básico, absolutamente básico en el apoyo a la mujer de estos últimos 15 años en España en el tema de atención al parto [...] y conocí mujeres que iban más allá, no solamente buscaban no tener una cesárea, sino que hablaban de sentimiento, de robo, de decepción, de trauma, de rabia a raíz de sus deseos ... y empecé a reconocermé en muchas cosas [...] despacito, poco a poco despacito [...] y empecé un camino de búsqueda no de una no cesárea sino de un parto digno. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

En este sentido, es importante destacar la resiliencia concreta en algunas trayectorias y cómo, en algunos casos, todavía cuesta restablecerse y re-significar todo lo vivido. La rabia y la frustración expresadas en algunos relatos resultan en acciones y aprendizajes que terminan por buscar *algo mejor*, por vivir otra experiencia en segundos partos respetados. Algunas profesionales relatan lo revelador que han sido sus experiencias de partos para el propio desarrollo de su práctica de asistencia, que narran como un “despertar”. Algunos ejemplos de ello:

El día que más aprendí profesionalmente, que fue este día, el día que yo tuve a mi tercer hijo [...] yo ya hacía catorce años que era comadrona pero este día pues he aprendido muchísimas cosas, aprendí que una mujer puede parir con una contracción cada siete minutos, aprendí bueno, creo que no tenemos tiempo que te lo cuente todo pero, aprendí muchísimas cosas no solamente como mujer esto representó para mi muchísimo, sino como profesional, a ver como profesional fue un despertar increíble. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Es una cosa que me cuesta muchísimo entender [...] el dar por buena la experiencia, el dar por buena las cesáreas [...] yo no doy por buena las cesáreas [...] pero la mujer que soy ahora es la que tiene el camino vivido por atravesar esas cesáreas, esas experiencias tan dolorosísimas [...] en fin, un montón de cosas, pero es así [...] y estas decisiones me trajeron la conciencia de una maternidad y de una sexualidad y de una relación con mi madre [...] en fin, me trajeron lo que yo entiendo como una maternidad amplia y que abarca todo. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

En definitiva, son muchas las mujeres activistas que a partir de sus experiencias de parto buscan influir y actuar políticamente para cambiar la realidad asistencial del parto. En verdad, las propias narrativas vislumbran una profunda consciencia de sus cuerpos y defensa de estos traducida en reivindicación política. En este aspecto, muchos relatos se refieren a sus cuerpos

como entidades vivas que les impulsaron en esta aproximación al campo. En las siguientes ilustraciones se observa la manera en que el cuerpo, como defensa política, toma dos perspectivas, una centrada en el cuerpo de la madre y otra en el cuerpo del bebé, de tal manera que define dos líneas discursivas centrales del parto respetado en España:

¿Confío en mi cuerpo o no confío en mi cuerpo? ¿Puedo hacer esto o no puedo hacer esto? ¿Puedo hacerlo? A mí me da mucha soberanía. El embarazo y el parto me catapultaron a mi cuerpo y yo había sido educada para estudiar una carrera de tipo intelectual, trabajar en una oficina y donde vivía mi cuerpo [...] entonces de repente me quedo embarazada y “joder tengo un cuerpo, mira qué cosas tan maravillosas hace y mira que sensaciones tan guays me puede producir y puedo elegir esto”. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Yo empecé con el *rebirthing*, con el renacimiento [...] al entrar en esta temática de saber cómo ha sido mi nacimiento, me di cuenta de cómo era yo, que estaba haciendo con mi vida y que era la creadora de mis pensamientos. Al reunirnos un grupo de gente con nuestras ideas, que era buscar un espacio de amor a los bebés que venían naciendo [...] no estamos hablando de a gusto, ni de nada de eso, estamos hablando de cómo nacemos, de que queda como huella en nuestro cuerpo y mente. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

La radicalización por la reivindicación de sus cuerpos o de los bebés en estas experiencias resultaron en acciones directas que redundaron en la creación de organizaciones, en políticas, en acciones, en obras literarias, en redes, en grupos, en asociaciones y en un sin número de actividades que diseñaron la historia de la lucha por una nueva forma de nacer y parir en España. A continuación describo la serie de pautas y utopías que impulsan a estas mujeres a la lucha. Expongo las diversas inquietudes políticas de las activistas entrevistadas, los temas y los problemas prioritarios más significativos que forman parte de la agenda política en el contexto actual.

5.4 Utopías y agenda política para el feminismo y la humanización del parto

La primera inquietud radica en que el contexto actual requiere todavía un intenso trabajo sobre temas que no han sido superados, consensuados, ni ampliamente debatidos. Así pues, partiendo de todas sus reflexiones individuales puede trazarse una agenda política (ver la Tabla 3), que se fueron repitiendo en sus discursos y pueden organizarse bajo los siguientes ejes temáticos siguiendo este orden de importancia: cuerpo, maternidad, sistema sanitario, derechos sociales y participación, derechos sexuales y reproductivos y género. No se trata de retratar una identidad política unívoca, sino de visibilizar las conexiones y puntos de ruptura concretos entre estas mujeres activistas/feministas con otras corrientes feministas. La tabla siguiente expone las incompatibilidades políticas y a la vez su alto nivel de convergencia en lo que se refiere a las violaciones de derecho, legitimidad y reconocimiento sobre cuestiones

de gran relevancia para ellas.

Tabla 3. *Agenda política 1*

Ejes temáticos	Pautas
Cuerpo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologización del cuerpo de la mujer 2. Autoconocimiento de las mujeres sobre sus cuerpos 3. Vientres de alquiler 4. Tortura del cuerpo femenino 5. Respeto a los signos vitales de las mujeres 6. Violación del cuerpo 7. Presión cultural y violencia para que seamos delgadas 8. Respeto, autonomía y responsabilidad por sus cuerpos 9. Reconocimiento del dolor de las mujeres 10. Tomada de riendas de su vida a nivel físico, psíquico, emocional y espiritual
Maternidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. No equiparar las bajas de maternidad y paternidad 2. Violencia obstétrica 3. Políticas estatales que apoyen la crianza 4. Creación de “tribus” que apoyen las mujeres 5. Desprogramar la posesión de las madres hacia sus hijos 6. Fin de las guarderías; casas con dos o tres mujeres-madres
Sistema sanitario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mayor autogestión, responsabilidad personal y autonomía de las mujeres 2. Androcentrismo de la asistencia sanitaria 3. Generar salud a través del derecho al amor, al alojamiento, al aliento, al aire y al agua 4. Ayudar a las mujeres en la concepción, el embarazo y el parto 5. Visibilizar el daño de la medicina hacia las mujeres 6. Cuidar de los profesionales e integrar las emociones en el modelo de la medicina
Derechos sociales y participación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Más recursos para educación, trabajo social y casas de acogida 2. Por una mayor voz de las mujeres a nivel de redes 3. Fin de las desigualdades salariales y por la equiparación de derechos laborales 4. Por nuevas formas de feminismo 5. Por el debate de la maternidad, el embarazo, parto, nacimiento y la crianza en el movimiento feminista
Derechos sexuales y reproductivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anticoncepción hormonal masculina 2. En contra de la banalización del aborto 3. Por más educación, sobre todo en el proceso reproductivo 4. Por el retorno a la defensa de los derechos sexuales

Género

y reproductivos, incluyendo el derecho a elegir cómo parir, decidir parir y decidir ser madre

5. Salud reproductiva

1. Inclusión de la transversalidad de la igualdad de sexos en el sistema educativo
2. Elaboración de un pacto estatal en contra de la violencia de género que impulse la efectividad de la Ley Contra la Violencia de Género
3. Reconocimiento de la identidad, libertad y ciudadanía de las mujeres

Fuente: elaboración propia

Esta agenda de debate permite evidenciar la existencia de un colectivo de mujeres que comparten preocupaciones políticas que no parecen tan alejadas del sentido común, es decir, del movimiento feminista institucionalizado o hegemónico, al revés, reflejan pautas históricas de los movimientos feministas que emergieron a finales de los años 70 y que siguen siendo actuales y no superadas. Sin embargo, hay que comentar algunos puntos que notablemente confrontan directamente otros feminismos, por lo que el tema de la maternidad aparece como una segunda preocupación temática.

A la primera vista, en el eje del cuerpo la agenda no parece haberse sido pensada por madres preocupadas con respecto a los partos, pero el punto de ruptura se torna claro en la pauta más enunciada en el segundo eje temático, que versa sobre la no equiparación de las bajas de maternidad. Aquí la crítica a una cierta identidad feminista se presenta como otro sujeto que potencia lo que es singular en las mujeres como parte su proyecto de derechos y libertad:

Es entre todos que tenemos que crear unas nuevas maneras de feminismo, unas nuevas. Es como ahora cuando, por ejemplo, se plantean lo de poner en España la misma cantidad de meses de baja paternidad como la misma cantidad de meses que la baja de maternidad, ¿no?, pero claro, ahí se olvida que no es lo mismo que a una mujer le den un año de baja maternal y que al marido, o a la pareja se la suban la que tienen a que se estén dando 4 meses de baja maternal, que no es suficiente ni siquiera para cumplir los mínimos de la OMS que dice que hay que dar durante 6 meses de lactancia materna exclusiva, en la medida de lo posible y, sin embargo, se quiere equiparar con poniéndole la misma baja a los hombres. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Ahora bien, las pautas de maternidad reflejan la especificidad de un grupo de mujeres que desean ejercer su deseo y derecho a ser madres y en cierta medida, salvo con algunas actualizaciones, evocan pautas del movimiento feminista maternalista del inicio del siglo XX, es decir, mantienen viva la memoria de una lucha que construyó el estado de bienestar social que hoy se quiere destruir. El factor novedoso en esta pauta, cuando se compara con el discurso feminista maternalista, es la actualización del capital, la cual se evidencia por la incorporación de prácticas sociales que comenzaron a engendrarse históricamente en los años

1970 y que permiten, por lo tanto, la fluida enunciación de las ideas de tribus, desprogramación mental y toda la aproximación a la pedagogía Waldorf de Rudolf Steiner. Vale mencionar que el tema de la violencia asociado a los protocolos de asistencia en los partos, hoy bajo el concepto de violencia obstétrica, también era una preocupación presente en la lucha de algunas personajes feministas históricas vinculadas al maternalismo.

En el eje de sistema sanitario son notables las contradicciones político-discursivas, teniendo en cuenta que se utiliza un vocabulario vinculado a los discursos ideológicamente orientados por el neoliberalismo, en contraposición a las demandas que buscaban más intervención estatal a nivel de derechos. Por ende, se trata, quizás inconscientemente, de incorporar la crítica neoliberal a economía intervencionista de Estado. Estas nociones pueden ser captadas cuando se observa, por ejemplo en la reflexión sobre la pauta a seguir, la adhesión al discurso de iatrogenia médica ampliamente difundido por la OMS bajo el paradigma de la Medicina Basada en Evidencias. Estos discursos de poder que se incorporan a los discursos activistas aparecen también en las reflexiones políticas novedosas inspiradas por la poesía y por la imaginación de poblaciones sudamericanas, donde se percibe cuáles son las prioridades concretas de las poblaciones, lo que es necesario dejar de hacer, dejar de atender, dejar autogestionarse y responsabilizarse por sí mismo, en resumen no-decir:

Lo más grave que está pasando en las mujeres tiene que ver por un lado con el sistema de vida y con otra parte con el esquema neoliberal de la salud [...] hemos adoptado un sistema de vida patriarcal capitalista en el que no nos hemos liberado en lo absoluto, si no que nos han mandado la posibilidad de ser autómatas económicamente eso es verdad, dando un paso adelante fundamental pero al mismo tiempo nos ha acondicionado enormemente para renunciar a cosas muy básicas empezando por sacrificios de salud que justifican en gran parte las patologías actuales de las mujeres. [...] Pero luego está la parte macro, la parte social, la parte política que mientras que el esquema de salud esté funcionando, no sea un esquema de salud, sino un esquema de enfermedad y un esquema de consumismo evidentemente la conquista que tenemos pendiente las mujeres allí es salirnos de ese esquema, eso implica informarnos, darnos cuenta que nos están usando mucho más a las mujeres que a los hombres como consumistas, digamos como preferentes en el sistema de salud y que nos están vendiendo una supuesta prevención con lo que en realidad se está haciendo es iatrogenizar permanentemente casi todas las enfermedades, bueno en todos los ámbitos obstétricos y ginecológicos hay un enorme índice de iatrogenia médica y en todos los campos. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

La existencia de una diversidad de ejes temáticos y la preocupación por pautas básicas de derechos sociales es la más contundente demostración de la complejidad con la cual se mira el tema del parto y nacimiento en esta muestra de activistas. Hay una conciencia sobre la importancia de los determinantes sociales para el ejercicio pleno de la maternidad, eso se traduce por la preocupación por la educación, la apertura a nuevas formas de participación, trabajo social, la mayor justicia laboral y la garantía de protección a las mujeres y niños. En

tres oportunidades fue declarado el retorno del debate de los derechos sexuales y reproductivos, pese a que según algunas activistas este mismo ha perdido su fuerza, ahora reclaman la incorporación del tema del respeto a la elección de las mujeres sobre sus experiencias de partos.

El debate sobre género también es una pauta preocupante para el grupo y fue enunciada tres veces la importancia de debatirse una mayor implicación del Estado español en tornar efectivas las leyes actualmente existentes en contra de la violencia de género. Otro punto mencionado dos veces fue el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derecho, de su identidad y ciudadanía, que es una pauta que atraviesa los siglos, y por último, la incorporación del debate de igualdad de sexos como un tema importante a incorporarse en el sistema educativo. Pero, ¿qué explica la marginalización e incompatibilidad feminista de estas activistas preocupadas por los partos humanizados con lo que llaman feminismo “*mainstream*”? Algunas activistas relatan las dificultades de acercarse a estas organizaciones y de debatir sobre el tema de partos y la maternidad:

He intentado, he intentado acercarme a referentes feministas, he escrito algo para Pícaro, que es una revista bastante popular feminista, pero no, yo tengo que decir que me siento muy orgullosa de ser feminista pero no sé cómo se sentiría el feminismo sobre mí. Siento que a lo mejor la reacción no sería recíproca, ¿no?, si el feminismo fuera un ente que pudiera abrazarme a mí, quizá no lo haría, no lo sé, tengo siempre esa sensación, [...] ¿no?, porque para mí es muy necesario generar un espacio en el que se reclame eso y entender que es un asunto feminista tan enorme, es que es como, no sé, ¡me da mucha rabia!, porque yo lo percibo como que el discurso, el *mainstream* feminista ¿no?, porque claro, porque si hay muchos discursos, hay mucha gente abogando por otras cosas, pero el principal que se constituyó, el que leemos, etc., tiene muchos puntos en común o se ha usado por parte de los médicos y esto es una cosa que creo que necesitamos ser muy conscientes y es la trampa. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Cuestioné a las entrevistadas sobre qué pautas en concreto ellas defendían en torno al parto, cuál era el tema que les movía hacia esa lucha de forma tan apasionada, hasta el punto de que en algunos casos, le dediquen toda su trayectoria de vida. De ellas 10 hicieron referencia al respeto a la voluntad y la capacidad de decisión de la mujer. Piensan que se debe respetar su decisión basada en la información, su derecho a decidir todo, su capacidad de decir, su libertad de decidir, su derecho a ser informada y todo lo que decida sobre el bebé, la placenta y su cuerpo. Igualmente, 7 de ellas defendieron la defensa de la información actualizada, veraz y constante sobre el parto y sus posibilidades frente a este para soportar sus decisiones.

Para mí, el parto está respetado significa, por un lado, que las mujeres decidimos y para decidir tenemos que tener información y tenemos que dejar de tener miedo porque yo cuando hablo con las mujeres muchas tenemos y yo también tenía, tenemos miedo, entonces el miedo es una

forma de controlar a las personas en general, tenemos que tener información, creo que no nos dan una buena información, que esto a veces lo planteo. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Por otra parte, para 6 de ellas, las mujeres “den la luz como quieran, donde quieran y con quien quieran”, una retórica que sintetiza el concepto de parto humanizado y que fue tema de debate internacional en la SMRN en 2011, Semana Mundial por el Parto Respetado. La libertad de elección es otro concepto que aparece en la defensa de las activistas y viene asociado al derecho a opciones en el sistema público sanitario, al parto domiciliario, a la movilidad del cuerpo, a la autonomía y al protagonismo en la experiencia. Es notable en el discurso de algunas activistas una defensa por el respeto absoluto a la decisión de las mujeres, una especie de empatía radical capaz de defender el derecho a la elección por una cesárea, un discurso que abiertamente es muy poco observable en redes sociales, listas de correos, entre otros.

Defiendo la libertad de poder decidir. Yo no critico, ni juzgo, ni valoro, trabajo con muchas mujeres y no critico si una se siente más segura en un parto medicalizado, quirúrgico y con epidural, yo no lo critico, ni los juzgo si ese es lo válido para ella y ella es la que lo decide. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Si una mujer que te dice yo soy muy feliz con mi cesárea y sin acabar pensando ya te caerás, ¿y si no?, y si a lo mejor no se tiene que caer de ningún lado, si a lo mejor realmente es feliz, quién soy yo para decir que no o para decirle... pero ¿tú te has informado bien?, yo qué sé, o sea, no sé si yo tuviera la vida de esa mujer donde estaría, no es igual que a mí no me gusta, que mis amigas no activistas vengan y me digan ¡tú estás loca! Has perdido un caso, has puesto en peligro la vida de tu hijo, no sé qué, ¿quién soy yo para decirle a una mujer que ha puesto en peligro la vida de nadie? [...] si una mujer decide tomar una determinada decisión para ella y su hijo, es esto, eso es lo que yo defiendo. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Otras pautas que aparecen son la defensa de la de-construcción del parto como una experiencia horrible, del miedo de las mujeres, el respeto a la naturaleza, al tiempo de los partos y a los procesos fisiológicos. También se defienden cambios en protocolos específicos para los bebés, tales como la no separación de la madre y el bebé, la lactancia inmediata y su apoyo/incentivo y el alojamiento conjunto. Todavía defienden que la práctica profesional sea respetuosa y reciclada, fundamentalmente acompañada por comadronas, que respete y permita que las mujeres estén con quien deseen en sus partos.

Igualmente, se observan algunas contradicciones discursivas en sus defensas cuando realizan la crítica al neoliberalismo, pues para ello parten de sus propios fundamentos enunciativos, por ejemplo, la defensa radical de la libertad de elección y de la evidencia científica. Aún es significativa la presencia del discurso de satisfacción como un contrapunto a la defensa de la vida, que es notablemente incorporado por el Banco Mundial para el

repertorio discursivo engendrado por la OMS:

Mi defensa son dos cosas. Uno, defensa de la naturaleza. Es decir, la naturaleza funciona por sí misma y en el 90% de los casos ninguna mujer necesita que le hagan nada, más que le crean las condiciones apropiadas para que la naturaleza actúe sola. Y dos, el derecho de las mujeres es a elegir, elegir todo, porque incluso en estas condiciones ideales si te ponen la epidural o si te la quieres poner, es tu decisión, pues te la pones, es decir, el derecho a elegir de las mujeres y el respeto a la fisiología, por lo que la naturaleza hace sola. Y por supuesto, el respeto al parto. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Está demostrado que ir a parir con alguien que conoces es mucho más satisfactorio, pero obviamente las políticas de salud no están buscando la satisfacción de las madres, buscan evidentemente en este período de recortes buscar ahorrar y salvar vidas. Para mí el tema de salvar vidas, llega casi, hay una expresión en español que es “Matar mosquitos a cañonazos”, es decir que para conseguir que no se muera la gente, estamos haciendo locuras no solamente con la medicalización, sino con lo tracto de la gente como se fueron prácticamente números y nos lo encontramos cada día (Activista, grupo A)

A continuación se muestra una segunda agenda política (ver la Tabla 4) que recoge los temas que se consideran prioritarios para promover cambios concretos en la asistencia al parto, muy relacionados con –siguiendo este orden de importancia– 1) los procesos de educación, investigación e información de las mujeres; 2) los profesionales y las prácticas de asistencia; y 3) el sistema sanitario.

Tabla 4. *Agenda política 2*

Ejes temáticos	Pautas
Educación, investigación e información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Más reflexión sobre cómo se podría mejorar la asistencia 2. Más organización e investigación 3. Construcción de más espacios matriarcales 4. Más aporte de información a las mujeres 5. Intercambio de información veraz 6. Información sobre el parto en el sistema educativo 7. De-construcción del parto como una experiencia horrible 8. Más cuestionamiento del sistema biomédico patriarcal y de la misoginia estructural 9. Que todo empiece a construirse desde las mujeres 10. Posicionar el tema del parto humanizado como un tema de derechos en las demás organizaciones 11. Respeto a la mujer y el ejercicio del derecho de parir 12. Rol protagonista de la mujer en sus partos 13. Retorno del autocontrol del cuerpo por las mujeres
Profesionales y prácticas de asistencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por una buena preparación de los profesionales 2. Tranquilidad de los profesionales que te acompañan 3. Recuperación de los conocimientos tradicionales de asistencia

Sistema sanitario

4. Aceptación social junto con una colaboración de los hospitales y los profesionales que asisten en casa
 5. Formación de comadronas y ginecólogos
 6. Reciclaje de los profesionales según las actualizaciones científicas de lo que dice la OMS y lo que se recomienda
 7. Que no separen los bebés de la madre
 8. Respeto de los tiempos sin intervenciones
 9. Libertad de elección total en el parto, parir en paz, como quiera, donde quiera y con quien quiera
 10. Derecho a ser informadas de las opciones sobre el parto
 11. Opinión de la madre como prioridad en el paritorio
1. Fin del secreto en el paritorio
 2. Dar la vuelta a todo el sistema sanitario
 3. Derecho al acceso de todos los modelos de asistencia en el sistema público de salud, incluso el parto domiciliario
 4. Fin de la deshumanización del ser humano
 5. Acabar con la patologización del embarazo, el parto y el cuerpo de las mujeres
 6. Denuncia de la violencia obstétrica y visibilidad
 7. Construcción de casas de parto
 8. Derecho al acompañante
 9. Derecho a la comadrona y más matronas en los partos

Fuente: elaboración propia

Como podemos observar, las pautas para el debate prioritario son diversificadas y expresan las ansias por avanzar en la promoción de cambios, tanto a nivel social como institucional. El tema del acceso a la información es muy recurrente, inclusive, para el grupo es un tema estratégico de debate y de perfeccionamiento porque creen que cuanto más las mujeres tengan acceso a la información y espacios matriarcales, más posible será la deconstrucción del parto y las mujeres tendrán los elementos para realizar sus elecciones y reivindicarlas.

Por otro lado, se destaca el discurso de la verdad, de la información veraz basada en evidencias científicas como una oposición a lo que entienden por la medicina neoliberal, la medicina tecnocrática. En este discurso es notoria la persecución por la cual sufre este grupo, de sus prácticas asistenciales y creencias científicas. Un aspecto también notorio es la presencia del repertorio discursivo feminista para analizar la estructura y organización del sistema de asistencia y a la vez, sus alternativas. Algunas activistas refuerzan la necesidad de exponer las tramas que articulan las prácticas médicas y asistenciales a las dinámicas del poder.

Primero que todo, lo más importante que todo, es la libertad de elección, pero la libertad de la

elección no se puede producir si no hay información veraz sin intereses creados por medio, esa información a su vez, requiere un tipo de ciencia o de “pseudociencia” ya que están hablando de “pseudociencia” estos días. Una ciencia manipulada por un sistema patriarcal, consumista, neoliberal, como te he dicho antes, no puede informar nunca la población de verdad, en función de las necesidades de la población y de la toma de conciencia real y de la posibilidad de libertad [...] en un sistema público de salud realmente democrático, es hipócrita decir que es democrático porque a la vez no puedes elegir como quieres parir. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

¿Cuál es el tema central? ¿Qué elegiría?, pues elegiría que nos dejaran en paz, que nos dejaran las mujeres resolver nuestros partos, que nos dejaran entenderlos, que nos dejaran investigarlos, que dejaran espacio a la matriarcalidad sin tener que absorberla, dominarla, regurgítala, ¿no?, es como que no sé, que salga de nosotras, que es lo mismo del principio, que sea algo que parte de nuestra confianza. (Activista, grupo A)

Otro tema que aparece en el discurso de las activistas es lo que se refiere a la actualización de los profesionales; el grupo tiene claro que el cambio de los protocolos pasa por la formación profesional, frente a lo cual muchas relatan que “no saben” cómo atender los partos o no detienen la información sobre fisiología, sobre la dinámica del parto.

Mi experiencia yo he trabajado mucho con profesionales es lo mismo, o sea los profesionales no sirve de nada que tú les des la Cochrane o la evidencia científica o no sé cuánto mil estudios de por qué no hay que poner un gotero de oxitocina, yo creo que eso no sirve, la única manera de cambiar con los profesionales, para mí es acompañándoles para que ellos puedan hacer una reflexión personal, cuidándolos y que ellos puedan profundizar en sus propias historias tanto de nacimiento como de parto y entonces sino creo que todos estos documentos, o la guía o la estrategia del Ministerio como decimos en España son papel mojado ¿no? Son documentos que se guardan en un cajón y ya está, no se interiorizan ¿no? Por qué no ha habido una reflexión profunda. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

No creo que hay una maldad, es que no han aprendido, no saben nada de fisiología, entonces no pueden confiar en ella porque no lo han visto en la vida a mujer dando a luz sin medicación [...] y cuando no has visto nunca nada y además siempre te han dicho que es necesaria una intervención no te crees que puede ser de otra manera, yo creo que hay tantos años de haber intervenido que ahora mismo hay un desconocimiento brutal sobre esto. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

A nivel macro, se enuncia la necesidad de una mayor articulación entre el sistema público sanitario y las redes alternativas privadas de asistencia al parto domiciliario. Algunas relatan que se están aceptando y otras que hay necesidad de un mayor trabajo en el campo. Es notable la conciencia del peso económico que resulta para las mujeres la falta de acceso a servicios humanizados y a la asistencia al parto domiciliario en el sistema sanitario público. Algunos profesionales expresan claramente su vocación por la salud pública, las acciones que se están desarrollando en el sentido de incorporar y cobrar el derecho al parto domiciliario como opción.

[El tema, por ejemplo, de traslado en casos de emergencia, ¿cómo vosotros gestionan ese tema?] Bien, generalmente bien. Ya te digo, a nosotras en los hospitales nos conocen, a mí me

conocen prácticamente en casi todos los sitios y nosotras explicamos bien, por qué la señora quería parir en casa, por qué hemos hecho el traslado y tal, generalmente aquí en Cataluña no suele haber problemas. [¿Está articulado?] Bueno... podría haber más articulación, pero está como tolerado. Habrá alguien que diga: ah, estas locas, no sé qué, pero en general está bastante aceptado. (Comunicación propia, Activista, grupo B).

El problema que hay ahora es que la concepción social sigue siendo de que el parto es peligroso y que gracias al doctor, que me salvó la vida, ¿no?, entonces cuando una mujer quiere hacer un parto en casa y tiene que ir al hospital, normalmente se les trata mal, no hay una continuidad de cuidados, e incluso, yo he detectado que el hincapié lo haría ahí, ahora mismo [...] y luego estaría para países como España el que entrara en la seguridad social, es decir, que no supusiera un agravamiento económico para la mujer. (Comunicación propia, Activista, grupo B)

En otros momentos habíamos pedido al Instituto Catalán de Salud que de alguna forma pudiéramos organizar alguna sala de parto, alguna casa de partos, algo ligado a la misma seguridad social porque nadie de todo este movimiento tiene alguna voluntad, ni ninguna idea de hacer privada, ni de situarse en el campo de lo privado, privado precisamente todo lo contrario y siempre nos vemos en el campo de lo privado porque no hay manera de hacer cambiar lo público, ni entrar y transformar en algo público, es difícilísimo [...] que nuestra vocación es pública y que estamos en lo privado por obligación, eso lo he dicho muchas veces. Que por vocación estaríamos en lo público, por deseo y estamos en lo privado por negación. (Comunicación propia, Activista, grupo B)

Todavía en la reflexión sobre el sistema sanitario llaman la atención las dinámicas por las que se mueven los discursos alrededor de la deshumanización del ser humano. Es muy potente la defensa radical de la vida humana y las activistas parecen expresar una profunda conciencia de las trampas del poder que mueven el sentido de las políticas de atención al parto, y a nivel más amplio, las políticas de reproducción. Otro aspecto es el rescate de un discurso conservador y moral para sustentar la necesidad de políticas de asistencia humanizada al parto:

Pues para mí que deje de verse el embarazo y el parto como algo patológico, que volvamos a lo mismo, ¿no?, la concepción patológica del cuerpo de las mujeres, luego para mí entramos también en el tema del control de la reproducción, al fin y al cabo hoy en día reproducirse en la sociedad se ve como algo que no viene al caso, para mí va todo ligado, el hecho de verlo como algo patológico, tecnificar-lo, las dinámicas de poder, no podría decir un tema, no puedo decir la cesárea, no puedo decir las intervenciones, al final todo deriva del mismo, de que no nos dejan parir. Y la palabra es esa: “no nos dejan” porque la mayoría de mujeres durante consultas es esa: “no me dejan, no me dejan, no me van a dejar”, como no nos dejan parir, entonces ya, que nos dejen parir en paz. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Creo que hemos perdidos muchos valores, al menos en las últimas décadas, en los últimos siglos como muchísimo, hemos perdido valores que nos están deshumanizando y deshumanizando ya desde el momento en que engendramos [...] tenemos que estar pendiente de que el niño nazca, puesto que para mí, un niño está en el momento en el que se engendra. Si deshumanizamos las cosas desde los principios de los principios no podemos mejorar el mundo, puesto que la gente que nos va sucediendo no tiene los valores, entonces creo que es una falta de valores. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

El concepto de violencia obstétrica aparece en el discurso activista como una síntesis,

como el eje central sobre el cual el movimiento debería centrar su debate. El manejo del concepto fue un aspecto destacado, porque fueron muchos los relatos donde las activistas, para explicar su percepción subjetiva del tratamiento recibido por los profesionales, encajaban y terminaban de aclarar sus experiencias enunciando la violencia obstétrica como un concepto que traduce su interpretación. Así termina siendo un discurso pertinente entre las activistas de este grupo.

El tema de la visibilización de la violencia obstétrica abarca todo, abarca el resto, o sea, es la clave, el corazón. Si somos capaces de enfocar ahí el resto está hecho o el resto se deshace, se va. Yo creo que es la clave, la lucha contra la violencia obstétrica que por supuesto es una lucha de una violencia de género clarísimamente y que en mayor o menor medida muchísimas hemos sufrido, lo que pasa es que es complicado incluso por la parte de asumir historias personales donde ha habido violencia obstétrica donde no lo hemos llamado sí porque es durísimo enfrentar eso. Así que el discurso de la erradicación de la violencia obstétrica está en el conocimiento por parte de la víctima y el reconocimiento por parte de quien la ejecuta o la produce, que son profesionales de salud que además para nada en su grande mayoría quieren tratar mal a las mujeres, quieren hacerlo bien, lo que pasa es que esta tan errado el camino que la solución, el resultado es malísimo, es un resultado basado en la violencia, en el trato y en los procedimientos en el momento de parir y de nacer, ahí es donde tenemos que ir. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Para seguir instigando el debate sobre las pautas e indagar sobre la imaginación política de las activistas, propuse una reflexión al final de la entrevista sobre la relación que puede haber entre parto y orden social. El objetivo era identificar en un primero momento la claridad de las activistas sobre las relaciones entre las prácticas corporales de asistencia que proponen y su repercusión sobre la estructura social y política, una relación repetidamente enunciada teóricamente por Michel Odent y que se difunde por su discurso-jerga:⁸⁴ “Para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer”. Ahora bien, resultaba urgente comprender qué orden social se quiere reproducir con los úteros libres y qué vislumbraban las mujeres en su vindicación a nivel más amplio; las ideas más regulares que aparecieron en el ejercicio de imaginación utópica fueron respeto (5), amor (4), no violenta (4), orden (3), libertad (3), crianza (2), vida (2), naturaleza (2), cuidados (2) y justa (2). Otras ideas aparecieron de forma menos regular como red (1), informada (1), alternativa (1), paralelo (1), sana (1), placer (1), equilibrio (1), cooperación (1), horizontal (1), diversidad (1), diferencia (1), autorregulación

84 Desde la perspectiva que adopté en esta tesis, el tema de reflexión y re-lectura no se centra únicamente en la preocupación por la mercantilización de los servicios de salud y de los derechos sociales, sino también en la preocupación por la producción de un determinado tipo de especie, un determinado tipo de humano, de fuerza de trabajo, de eje motriz que reproduce y produce el orden social. El discurso radical activista de defensa de la libertad pone en jaque todo un orden social, una utopía que sigue interconectada y dialogando con los viejos esquemas de poder que se quiere cambiar, porque es notable la serie de prácticas sociales que se siguen reproduciendo.

(1) y cultura (1).

La idea de una sociedad del respeto, del amor y no violenta aparecieron juntas en los enunciados; estas nociones asociadas a las ideas de libertad, equilibrio, cooperación, cuidados, horizontalidad, diferencia y diversidad fueron pronunciadas por un 39,28% de las entrevistadas, además es notable la convicción que tienen de que su trabajo repercute de manera más amplia.

Pues fíjate que ser doula y feminista y muchas de las cosas que hago es porque estoy convencida de que estamos cambiando el mundo, o sea, que además quiero cambiar para mi hija, quiero que mi hija no se encuentre ya con estos rollos de si el profesional está reciclado o no, de que no le dejen estar con quien a ella le dé la gana ¿no?, entonces yo creo que hay que cambiar la forma de nacer para cambiar el mundo y hay que empoderar, las personas nos debemos empoderar sobre todo los aspectos de nuestra vida. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Entre tanto, la idea de una orden en el sentido de organización aparece dos veces en contraposición al sentido de una orden como des-organización. Para las activistas, es claro que el cambio en las prácticas de asistencia puede resultar en una reestructuración de las relaciones sociales, interacciones y cultura; también parecen tener clara la promoción consciente e intencional de una determinada especie para el mundo de libertad que imaginan que emerge de estos humanos libres y autónomos.

¿Qué orden social?, lo primero que pensaba así muy instintivamente ha sido un orden, es decir, yo siento el patriarcado como un caos, un caos espeluznante ¿no?, un caos de dolor, de agresión, de violencia, de consumismo, de opresión, de locura ciega, ¿no?, o sea, una devastación total, entonces un orden, un orden en el sentido de prioridades lógicas, de prioridades de supervivencia, es decir, de prioridades de cuidado, de prioridades del planeta que se nos muere [...] pues sí, algo así, un orden, un orden de progreso ¿no? Como la bandera de Brasil. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

De igual forma, el tema de la crianza cuestiona toda la relación que pueda haber entre parto y orden social. Algunas activistas expresaron que la construcción de un orden social claro pasa por ir más allá de la experiencia del parto e incorporar el tema de la crianza como un eje fundamental para la promoción de cambios en la sociedad. Esto transita por la defensa del acceso a la experiencia gozosa y de políticas públicas que subvencionen la maternidad y apoyen la crianza de los niños.

Creo que hay que cambiar el modo de nacer porque eso va a tener una influencia positiva a nivel social, pero creo que solo eso no es suficiente. [¿Qué más es suficiente desde tu punto de vista?] Desde mi punto de vista, lo absolutamente necesario en este momento, es facilitar el tiempo de crianza a las madres, apoyarlas para que puedan criar. [¿Puedes explicar un poco más?] Sí, creo que de manera natural, las madres estamos deseando criar a nuestros hijos y pasar más tiempo con ellos, por lo menos hasta los tres años. Realmente, queremos estar con nuestros hijos, es un deseo innato, lo tenemos dentro ese deseo. Y que si lo estamos dejando antes es porque la sociedad nos obliga hacerlo, el mundo laboral, las influencias sociales del

entorno, las ideas estas que se han metido, de que los niños, bebés, tienen que socializar, tienen que ir a guardería para inmunizarse, todas estas cosas, te llevan a tomar decisiones que no tomarías de manera instintiva. También la falta de apoyos, si las madres recibieron un apoyo económico por quedarse en casa, se quedarían en casa porque es lo que están deseando hacer. Creo que también que nos hace falta de apoyo emocional, porque si una madre recibe dinero para quedarse en casa pero se queda sola ahí se queda cojo el asunto, las madres necesitan estar en compañía, necesitan poder hablar con un adulto, necesitan darse una ducha, estas cosas son súper importantes y nadie las está defendiendo. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Por otro lado, la evocación de la vida y su sentido holístico en la imaginación social activista es un tema que aparece asociado a la naturaleza y defiende su autorregulación como una condición importante para el origen de una sociedad sana y del placer. En esta instancia se presenta el discurso importado del universo de las terapias alternativas y nuevas espiritualidades, que se basan en el paradigma de la física cuántica y dialogan con todo el lenguaje de las tecnologías de información presente en el discurso de fisiología del parto.

Tener el útero libre conlleva a la construcción de una sociedad en donde el pilar para mí es, como se dice, el estar vivo en todo sentido, en versión holística, si tú vives una vida intrauterina tranquila, además de tener una sinapsis y una construcción neuronal diferente también tienes una versión de ti, sea como mujer y como niño que está basado en el bien y eso para mí, el pilar fundamental, es una búsqueda hacia nuestra felicidad y nuestra realización pero viviendo en comunidad, es la construcción de una sociedad sana que puede ser de diferentes formas [...] pero el pilar fundamental es la sanidad. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Un aspecto significativo en el ejercicio/reflexión propuesto es el desaparecimiento de la categoría de justicia como un valor representativo e imprescindible de la imaginación política utópica en lo que concierne a la redistribución económica. La palabra justa, que aparece solamente en dos enunciados, viene asociada al respeto, el equilibrio, la horizontalidad, el cuidado, la diversidad, el cariño y la solidaridad a las personas vulnerables. En una de las entrevistadas se demarcó la des-conexión entre la imaginación y las prácticas políticas del movimiento por la humanización y de otras utopías sociales más amplias, sin embargo, manteniendo algunos puntos muy sutiles de aproximación.

Para mí claramente sería un orden basado en el respeto, en la escucha, en el tener presente a cada miembro de la sociedad de una manera más justa y equilibrada, creo que una sociedad mucho más horizontal, sobre todo en el que cada pieza tenga su reconocimiento ¿no? [...] No sé cómo se estructuraría, pero considero que hay una base emocional en cada ciudadano, no se puede dar una jerarquía y una discriminación como la que existe hoy. Quiero creer, no sé, yo siento que estoy trabajando así porque creo que realmente es el futuro para conseguir, es uno de los caminos bastante básico para conseguir un cambio. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Con base en toda esta serie de ideas se busca contribuir en la construcción de la memoria histórica del Movimiento por la Humanización del Parto en España. Por este motivo, en el próximo capítulo describo la manera en que estas pautas y visiones se convirtieron en

acciones socioculturales fundamentales para el desarrollo de la asistencia sanitaria humanizada en el mencionado país.

6 Estructura y organización del Movimiento por la Humanización

6.1 Trayectorias personales y acción política

Si hasta ahora hemos ido revisando la amplitud de ideas y de nociones que tejen el movimiento de las primeras mujeres activistas defensoras del parto humanizado en España, es momento de analizar cómo estas se traducen en la práctica o en su acción política. Para ello se reconstruye la propia memoria histórica de dicho movimiento, en la que las trayectorias personales de las entrevistadas evidencian cómo ha sido el proceso. Tal como ya hemos podido constatar, el camino por el cual explican sus aproximaciones al tema de los partos parte de una experiencia personal, de una reflexión y de una búsqueda que les impulsa a una acción sobre la realidad social de los partos.

A mediados de los años 70 e inicios de los 80 empezó a gestarse a partir de la experiencia misma de las entrevistadas la preocupación por los partos respetados en un contexto socio-histórico caracterizado por el surgimiento de la inquietud sobre la situación de las mujeres españolas, especialmente en cuanto al reconocimiento de sus derechos básicos y la ruptura con el ideario construido en los años de la dictadura franquista sobre “ser mujer”. Igualmente, se gestó un discurso “contra-cultural” asociado a las necesidades concretas de las mujeres de aquel período.

A raíz de los grupos de parto de Barcelona se origina esta primera cooperativa que es el primer grupo que en Barcelona se dedica al parto y la maternidad que en Madrid es Génesis, que en el mismo tiempo en Valencia apareció Acuario de la mano básicamente de un ginecólogo y de su mujer. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Sin embargo, como afirmé en el capítulo anterior, en este contexto el tema de los partos apareció de forma marginal en el interior del movimiento feminista español, a manera de grupos -*Grupo de Parto*-, y después asociaciones como -*Titània-tascó*-, que reunían a las mujeres que querían dar a luz en casa. Tal y como muy bien expresan estos relatos:

Éramos algo como clandestino, no se sabía ni estaba reconocido. Era como un tiempo muy oscuro. También, sabes Isabel Villena no tenía título, era una partera tradicional, que se había hecho autodidacta pero no tenía ningún título. De hecho, los registros los firmaba yo, los registros del nacimiento, que necesitas estar colegiado, todo esto los hacía yo. Que primero empecé apoyándolos así. Yo igual no me lo hubiera planteado, de quedarme, porque yo estaba bien situada, tenía un horario bueno, trabajaba bien de enfermera en el hospital. Pero cuando vi que se iba a cerrar, pensé que no podía ser, que no se podía cerrar un movimiento así, que había empezado, que tenía que tener continuidad, que para las mujeres era muy importante y para las criaturas. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Ese es un reconocimiento que públicamente yo he intentado siempre hacer a la Isabel, porque también el primer congreso nacional que se hizo en el país fue en Jerez que lo promoví yo desde hacerlo en casa y estando yo en el trabajo en el ayuntamiento de Jerez en esa época y

bueno las circunstancias favorecían a eso y claro que a Isabel que nunca le ha gustado estar mucho en congresos porque quería que ella disfrutara de ver a 500 personas internacionalmente hablando de eso y para que también disfrutáramos de ella. Que ella ya ha tenido partos, se sabría de esto un activismo que le duro unos añitos hasta que ya me encontré a mí y dejó el paquete con quien dice. Es que ella vio a alguien en el que podía confiar es mi interpretación obviamente, que podía confiar, que podía tomar las riendas y que además estaba dispuesta a hacerse profesional de eso cosa que ella no iba a hacer y fue como que bueno ya está, allí lo dejó, luego una que otra vez atendió unos partos ella personalmente pero ella nunca quiso profesionalizarse de esto ella siempre estuvo claro que era una aportación al movimiento feminista, pero que no era su intención vivir de esto. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

En este contexto, la experiencia de presenciar un parto respetado apareció como un factor determinante para algunas comadronas españolas que llegaron a ser estratégicas para el nacimiento del movimiento de la humanización del parto, mujeres que venían de la práctica médica y que al entrar en contacto con iniciativas y prácticas novedosas en este campo -como las desarrolladas por Leboyer y Odent en Francia-, crearon las bases para las primeras acciones significativas en el mismo. Vale mencionar a Isabel Villena, quien ejerció mucha influencia como feminista y partera en Barcelona y cuyo relato de parto fue publicado en noviembre de 1978 en la revista *Dones en Lluita* de la Coordinadora Feminista de Barcelona, con el título *Per un part amb plaer*, con la imagen de una mujer en intenso sufrimiento en la portada.⁸⁵

Claro el movimiento feminista en España nace en este mundo de la España franquista, católica, apostólica y romana, donde la mujer no tenía otro fin en el mundo que ser madre y aceptar tantos hijos como Dios le dé ¿entiendes? Porque es que todavía el Opus Dei encarna esta versión. Entonces claro, el movimiento feminista que nace ahí nace con todas estas otras necesidades de las que os he hablado y el tema de la maternidad lo rechaza; de entrada, hay como un rechazo a decir bueno la mujer madre y ya estamos de ella hasta aquí arriba vamos a ver que más encontramos en la mujer que no sea la maternidad. Entonces de una forma espontánea se da como un descuido del tema de la maternidad aquí hay una gran diferencia con el movimiento feminista en otros países de Europa donde no hay el tabú de la anticoncepción, está reconocida, el aborto más o menos, la sexualidad de la mujer está en otro estatus social y político y de reconocimiento profesional que aquí. Y entonces, en estos lugares la maternidad se tiene en cuenta y es donde no se maltrata el parto de forma que se ha maltratado en España. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Según los relatos de las primeras mujeres activistas, todos estos acontecimientos fueron claves e inspiradores, y además referenciaron a los actores que tuvieron un papel relevante en el movimiento de base, así como referentes e inspiraciones teóricas. Tal es el caso de Michel Odent, quien fue crucial incluso para los médicos de vanguardia de España.

⁸⁵ ¿Sería una crítica de la coordinadora a una pauta que les parecían absolutamente descolocada dentro del movimiento?

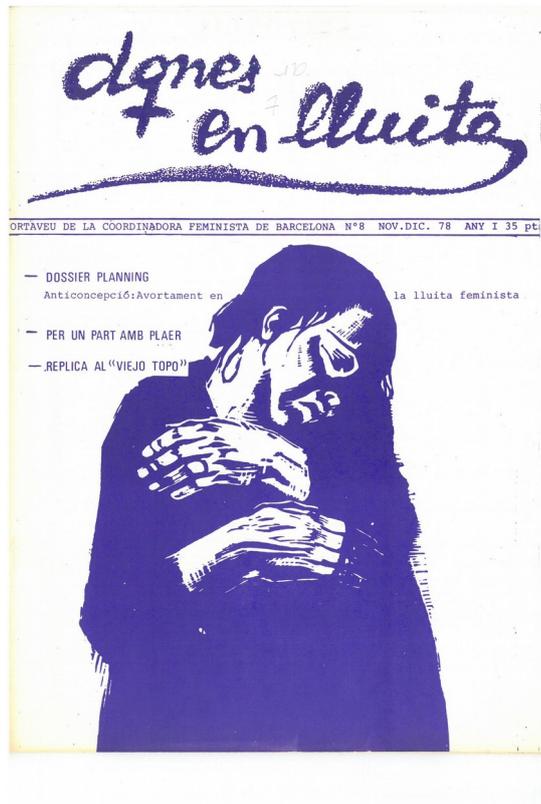


Imagen 1. Por un parto con placer

Fuente: Dones en Lluita – 1978

De hecho, las prácticas que se introdujeron en España están muy inspiradas en lo que Odent desarrolló en Pithiviers (Francia) a finales de los años 60 e inicios de los 70. Entre los que siguieron su influencia en España, considerados el núcleo que inició el movimiento, procedente del feminismo, de la no violencia o de la autogestión de la salud, con una trayectoria socio-política definida, están en Barcelona la ya citada Isabel Villena y María Jesús Montes Muñoz (comadrona feminista que fue una de las primeras activistas de vanguardia en las prácticas de humanización del parto, en colaboración con Isabel Villena), y en otras partes de España Pere Enguix (en Valencia, médico de movimientos no violentos), Mercedes Serrano (en Guadalajara), Carmen Pascual (en Zaragoza), Eneko Landaburu (en el país vasco, en favor de la no violencia, de la autogestión de la salud), Cristina Aznar (en Mallorca, ginecóloga). En esta época los Centros de *Planning* también colaboraron en el movimiento. En este sentido, vale la pena exponer dos relatos completos que explican el inicio:

Al dejar de ejercer como comadrona, continué haciendo de enfermera. A todo esto, yo ya estaba viviendo en una casa con otras compañeras, y una de ellas estaba metida (era el año setenta y cinco) en un grupo de mujeres. Ya te he dicho que yo venía de una familia muy

conservadora y de educación de monjas hasta los veintiuno... también era madre soltera, con lo cual me convertí en una transgresora. [...] Así que esta compañera de piso me comentó que su grupo de mujeres estaba trabajando por el autoconocimiento, por divulgar los anticonceptivos, y que intentaban dar salida a las mujeres que necesitaban abortar. De forma clandestina claro, comencé a reunirme con ellas y para mí se abrió un mundo curioso y asombroso. Esta compañera me eligió porque yo era matrona, pero realmente mi formación de base era bastante pobre. Trabajando llegamos al setenta y ocho, año en el que se abrió el centro de *planning* de Tarragona. Se trataba de un centro que recogía todos los aspectos de la vida reproductiva de las mujeres y lo llevaba un equipo: la ginecóloga, la consultora, la psicóloga y yo que como matrona, colaboraba con los grupos de embarazadas. Yo había abandonado los partos hacía unos años, pero justamente fue en el centro de *planning* donde apareció una mujer y dijo "Yo quiero parir en casa, ¿me podríais atender?". Después de la primera sorpresa –no se me ocurrió pensar que mi madre también había parido en casa– pensé "si somos capaces de atender un parto en el hospital también podemos hacerlo en casa". Y dijimos que sí. Otra mujer que venía por el centro comentó que una amiga suya de Barcelona había tenido la criatura en casa. Y así conocí a *Isabel*, una mujer de Barcelona que atendía partos en casa. Yo diría que Isabel es la madre de muchísimas matronas. Ella venía de los grupos de autoconocimiento de las feministas de Barcelona en la época franquista. También había tenido sus dos criaturas en casa y sabía mucho. Lo que hice fue ir a la preparación del parto que ella hacía en un ateneo de Barcelona, y a su casa a ver *videos de los partos* que ella había atendido. Le preguntaba veinte mil cosas, porque es muy diferente el saber para atender un parto en casa que el saber para un parto hospitalario, hay un cambio. Mi sensación era que tenía que desaprender lo que había aprendido en el hospital para volver a aprenderlo de otra manera. Y en ese desaprender yo sentía miedo e inseguridad. (Fernández, 2005, pp. 160-162)

Los centros de planificación familiar aquí en Cataluña y en España [...] quizá no de una forma tan abundante [...] pero aquí en Cataluña tuvieron una repercusión grandísima porque nacieron a raíz del movimiento feminista y también de la primera democracia municipal en que los ayuntamientos llegaron a alquilar un local y a pagar el alquiler de un local donde había alguna profesional más o menos del mundo de la salud: una ginecóloga, una médica, una enfermera, una comadrona [...] generalmente había una profesional a más o menos dedicación ... pero luego había un montón de mujeres llamadas consultoras que eran mujeres que se habían preocupado y formado de una forma totalmente autodidacta en cuanto a conocer aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres [...] se generó un movimiento tan importante que hizo que de alguna forma la fuerza de las mujeres y de este movimiento cuestionara mucho el poder de la clase médica [...] era el único que entendía, que mandaba y ordenaba, y hacía y deshacía. Entonces pasó que con la excusa de decir "no puede ser solo para las mujeres que van al centro de planificación familiar, esto tiene que ser para todas las mujeres" [...] entonces esto se fue derivando a la seguridad social, a los ambulatorios de la seguridad social para que ahí se accediera de manera totalmente gratuita [...] Entonces esta fue una labor del movimiento feminista, era muy potente porque además tenía el vigor y el coraje de afrontar la legalidad y de todos estos temas [...] y las mujeres tuvieron derecho a que cada año tuvieran una revisión que se limitó a ser una citología, un Papanicolau y ahí se acabó todo, ni reuniones grupales, ni sexualidad, ni autoconocimiento ni no sé qué. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Hasta finales de 1980 el Movimiento por la Humanización del Parto en España funcionaba con iniciativas aisladas de mujeres, feministas, médicos y comadronas, pero ya en 1988 comenzó a articularse a nivel nacional con la Asociación *Nacer en Casa* que unificó prácticas, personas y pautas que las activistas de vanguardia en diferentes comunidades autónomas creían fundamentales para promocionar el cambio en la asistencia. También apareció en Madrid otra perspectiva del movimiento, con un discurso que consideraba a toda

la problemática desde la mirada del bebé. Aquí parece más clara la continuidad que se podría trazar entre la organización histórica de las madres y el feminismo hacia una ruptura con sus orígenes por su desplazamiento en la realidad social, es decir, el vaciamiento de su pauta, para enseguida asumir un nuevo movimiento en el que el bebé aparece en el centro⁸⁶ más que las necesidades de las madres. El nacimiento de la plataforma Pro Derechos del Nacimiento localiza bien esta peculiaridad.

Plataforma Pro Derechos del Nacimiento. No estamos hablando de a gusto, ni de nada de eso, estamos hablando de cómo nacemos, de que queda como huella en nuestro cuerpo y mente. Su estructura, pasa por un espacio muy pequeño, pasa ese pedacito del que te hablé que es el último tramo es el túnel oscuro de la muerte y no sabe si va a la luz o si va a nacer, por es que hay muchas veces circunstancias que hay que comprender de un embarazo más cognitivamente cómo viene ella pero lo que no es que pide El Parto Nuestro, para nada, para nada, es que les dejen tranquilos [los bebés], que las dejen ser madres, que dejen nacer a su bebé, y si hay una mamá de riesgo, esa mamá de riesgo es inteligente y es capaz para decir: “Acepto lo que me van a hacer” pero con conocimiento. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Una década después (en 1999) surgió la *Associació Naixença*, que tuvo un papel significativo en la historia del movimiento al impulsar la primera ley sobre humanización de la asistencia al parto (Ley Balear de Salud), con el referente de las recomendaciones de la OMS.

Se formó un grupo de trabajo, un grupo reducido de trabajo y al final de esta legislatura fue el último escenario que hubo de esta legislatura, se aprobó la Ley Balear de salud, entonces nosotras habíamos hecho un gran trabajo para conseguir, bueno entregando todo lo que habíamos estado buscando, habíamos hecho una traducción de toda la información que encontrábamos, como lo habían hecho en otros países [...] de cómo se había hecho el cambio en el modelo inglés, que es cuando se reunieron un grupo de expertos que trabajó nueve meses en hacer el cambio, que incluso incluyeron el nacimiento en casa en Inglaterra, incluso hizo esta traducción y bueno nada, después de toda esta búsqueda bibliográfica y tal, lo presentamos todo y nuestra gran grata sorpresa fue que... no fue un decreto, sino que fue una ley, entonces gracias a Naixença la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares tiene su Ley Balear de Salud, en respeto por las Recomendaciones de la Organización Mundial de Salud. Somos la única Comunidad Autónoma que lo tiene (Comunicación personal, Activista, grupo B).

Cabe resaltar que los años 2000 fueron una década decisiva para la expansión del

⁸⁶ Este discurso es notable en dos episodios que he podido observar directamente. Uno en la asociación El Parto es Nuestro y otro en Titània-tascó. Se trata del “robo” de escena de los niños, es decir, de una interrupción prolongada durante una charla pública de sus madres. En un momento en el que una de las participantes de una reunión de embarazadas de Titània-tascó relataba sus expectativas y planes para su parto, su hija que debía tener menos de dos años entró en la escena, se frenó todo el relato y solo se enfocó la atención en la niña y el diálogo en el grupo no retornó hasta que ella no terminó de hablar. Igualmente, en el curso de un seminario durante la asamblea de El Parto es Nuestro en el 2016, el hijo pequeño de la ponente que también debía tener unos tres años más o menos, entró y se quedó hablando interrumpiendo su madre hasta cuanto quiso, sin ninguna especie de censura por parte de ella. En la asamblea de El Parto es Nuestro, las socias son incentivadas a llevar a sus hijos y la asociación contrata a una empresa para desarrollar actividades con los niños mientras las madres participan del debate. En mi observación de la asamblea, las madres que estaban con los niños prácticamente no participaban activamente, aunque hubiera todo el apoyo institucional pues estaban enfocadas en los niños.

Movimiento por la Humanización del Parto español; data de este año el I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa en Jerez de la Frontera, organizada por la Asociación Nacer en Casa y el apareamiento de una nueva cooperativa de comadronas en Cataluña, Migjorn - Casa de Naixements. Según Villarnea, Olza y Recio (2015), “en julio de 2001, dos madres (Ibone Olza Fernández y Meritxell Vila Conesa) fundaron el foro de apoyo virtual Apoyocesáreas [...] y en octubre del 2003, 20 madres de la lista Apoyocesáreas y un padre fundaron la asociación El Parto es Nuestro” (pp.163-164).

Un aspecto significativo del inicio de las primeras acciones de la asociación El Parto es Nuestro fue su participación en un seminario de atención al parto celebrado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid en 2005, que contó con la asistencia de unos 300 profesionales sanitarios. El encuentro redundó en un documento llamado “La Carta de Madrid”, donde se hizo notable la autoridad de los expertos frente a la participación y voz de las usuarias (Villarnea, Olza & Recio, 2015). Sin embargo, un evento que enmarcó el movimiento generado por la asociación El Parto es Nuestro fue su participación en la construcción de protocolos políticos importantes para la asistencia al parto; algunas activistas de la asociación relatan aspectos interesantes sobre este contexto, los cuales resultan relevantes a la hora de comprender su percepción y acción política.

Bueno, entonces en el año 2005 así, convocó una reunión en el Ministerio de varias asociaciones sobre el tema de nacimiento porque quería hacer un folleto de una página, o sea, un folleto de un folio doblado por la mitad, vale, sobre el embarazo y el parto, de consejos. Entonces, me preguntaron en el foro quién quiere ir, digo vale yo voy y entonces fui yo, por la asociación. Luego había varias asociaciones de mujeres, pero relacionadas con el parto nada más estaba *El Parto es Nuestro* [...] pero hicieron una cosa muy buena, que fue pasar un papel en blanco y decir a quién, eso era una reunión de asociaciones e iban a tener al día siguiente otra de profesionales ¿no? Y dijeron a quién tenemos que convocar, pensáis vosotros que tenemos que convocar para esa reunión de profesionales, entonces, había otra persona que es María Jesús Vázquez de una asociación de apoyo a la lactancia que también ha sido muy militante e yo, entre las dos pusimos a toda la gente fantástica que había en la sanidad de entonces, estaban haciendo cambios pero vamos contra viento y marea, ¿sabes? luchando contra los elementos, entonces pusimos una lista de profesionales maravillosa y los llamaron a todos. Entonces, en esa lista, en esa segunda reunión de profesionales, claro, estos hablaron. Y hablaron, yo no estaba, claro, y hablaron de tal manera que eso dio lugar el año después a la estrategia de atención al parto normal [...] un proyecto de modernización de la atención al parto, en el cual están representadas todas las sociedades científicas, es decir, Colegio de Obstetras, la Sociedad de obstetricia, la de pediatra, la Federación de Matrona y la asociación nacional, es decir, había representantes de todas y estaba el representante de *El Parto es Nuestro*, vale. Fue muy complicado, pues claro los representantes de la SEGO, claro estaban los representantes de lo convencional, vale. Y así en muchos casos fue complicado. Estuve como representante de *El Parto es Nuestro* en la elaboración de la guía de la atención al parto, porque luego se le ha hecho atención al posparto, a la lactancia, a los prematuros, o sea, bueno he hecho varias ¿no? la guía de la práctica clínica de parto normal y bueno la verdad hubo momentos complicados. Yo estaba en unos de los grupos, había como cinco grupos, pero claro para los médicos todo estaba fenomenal, la gente humanizada y súper genial y bueno se

hizo un trabajo fantástico, genial la guía no es buena cien por cien, porque sigue teniendo cosas que son muy mejorables [...] Lo que nos hemos encontrado es que todo ese trabajo tan brutal, que ha dado lugar a unas guías que están bastante bien, son una neta mejoría sobre lo convencional ¿no? que han firmado todas las sociedades científicas y han firmado todos los consejeros de las sanidades de todas las comunidades autónomas, porque aquí la sanidad está transferida ¿sabes? por competencias. Las competencias de sanidad no los tiene el Ministerio de sanidad, sino que los tiene la consejería de salud de Madrid, la de Aragón, la de Andalucía, vale. Pues, los consejeros de sanidad de cada una de las comunidades también ya la habían firmado. Pero al final lo que ha pasado es que la autoridad del médico prevalece sobre cualquier cosa y entonces, si el jefe de servicio o a la matrona no le da la gana de aplicarlo, pues no lo aplican y se quedan tan anchos y no hay autoridad en este mundo, que los médicos y las matronas apliquen las recomendaciones de la guía si no le da la gana. Entonces, uno de los grandes problemas es que los que hacen los protocolos de las matronas si no son los médicos, son los obstetras, los obstetras que no deberían de atender partos, más que los partos complicados, son los que hacen los protocolos sin saber nada de fisiología del parto, porque no saben. Entonces las matronas, hay un porcentaje de matronas bastante elevado que están satisfechas con el listado de cosas, yo hago lo que me manden y déjame en paz. Entonces hay leyes que son al revés, hay leyes es la dirección entre comillas digamos algunos compañeros que quieren hacer cambios y otros no les da la gana, otras. O sea, es muy raro que haya un equipo que funcione de una manera coaccionada en la cual todos, o sea que desde la dirección médica, digamos, que es la que crea los protocolos hasta las matronas y tal, todos trabajen a la una, hay muy pocos sitios. Los hay, los hay ya, pero hay pocos. Entonces, pero la mayoría hacen lo que le da la gana, es que no hay manera [...] digo lo que va a pasar es que se van a apropiarse del discurso y ha pasado exactamente cien por cien, se han apropiado del discurso, tú vas al hospital y todo es humanizado, y el respeto y tal y luego cuando estás allí hacen los que les da la gana. Entonces, el que lo hace bien, es porque les da la gana también, o sea, no hay ninguna obligación. Entonces, esa es la situación la cual realmente el poder del médico, o sea, está por encima de lo legal, porque lo que sea ilegal está por encima de lo legal hace lo que quiere. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Entonces hicimos un trabajo de Pilar de la Cueva, una ginecóloga muy aplicada, Isabel Fernández del Castillo, Francisca Fernández y en ese momento yo estaba embarazada todavía de mi tercer bebé e todavía no estaba en corazón o sea, estaba con el grupo de mujeres pero no estaba en las acciones más reivindicativas y entonces estas mujeres consiguieron algo absolutamente maravilloso que fue un documento enorme, gigante que se llama Estrategia de Atención al parto Normal que el ministerio promueve basado en evidencia científica y firmado por todas las comunidades científicas de España y las asociaciones de ginecología, de matronas y de asociaciones de usuario, entonces hay estaba casi todo el 95% de las reivindicaciones, estaban escritas, recogidas por el Ministerio y lanzadas mediante políticas de formación. [...] Claro, fue un punto de inflexión en España, ese momento del desarrollo de una estrategia a la atención del parto normal porque desde las altas instancias, desde la política, desde el gobierno, desde el ministerio de sanidad y en la zona de mujeres estábamos trabajando lo mismo, faltaba digamos la parte del sándwich intermedio que es los profesionales, un alto porcentaje de mujeres que no estaban en esta lucha pero digamos que teníamos ese doble nivel que nos permitía que el cambio de atención al parto era posible, era real. Por otra parte investigábamos y compartíamos “un estudio de Estados Unidos que dice que tal”, y nos íbamos alimentando de lo que se iba descubriendo en otros países hasta que tuvimos nuestro propio cuerpo jurídico de prácticas clínicas que son digamos como el diccionario básico de cualquier especialidad en las que también participamos en todas las comisiones habían 1 o 2 personas de “el parto es nuestro” y ahí estábamos, dando la lata, cuestionando todos los paradigmas médicos que traían bueno pues como estándar y pues cuestionábamos y llevábamos a conclusiones diferentes. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

En España tenemos un problema, que las competencias sanitarias están transferidas a las

Comunidades Autónomas entonces el Ministerio no tiene poder de cambio real. [...] Creo que eso, que el hecho de que esté transferidas las competencias sanitarias es un problema, pero también es cierto que las mujeres antes de eso no teníamos un puñetero papel nacional al que hacernos cuando íbamos a pedir algo, pero eso de la once, *eso es para el tercer mundo*, eso es para no sé qué, ahora no, ahora mire es que esto es su Ministerio, hay un plan de parto del Ministerio, y luego en algunas comunidades se han hecho avances paralelos a la estrategia y algunos posteriores, porque la estrategia ha servido un poco de incentivo, que nos queda muchísimo camino, sí, pero para mí la estrategia es un antes y un después. O sea ya te digo, en el 2006 cuando yo entré en El Parto es Nuestro aquí en Galicia nadie sabía lo que era un plan de parto, ya las mujeres íbamos a los hospitales con un plan de parto y nadie sabía dónde ponerlo, los de administración se miraban entre ellos diciendo esta señora quiere, ¿a quién le pregunto?, ¿dónde lo pongo?, entonces teníamos que decirle nosotras. [...] Ahora puede que no se cumplan, pero nadie en España desconoce lo que es un plan de parto, entonces eso es trabajo que se ha hecho desde El Parto es Nuestro, pero también es trabajo que ha conseguido la estrategia porque ha habido muchísimos profesionales trabajando ahí y muchísimas asociaciones, y muchísimas mujeres. [...] Una de la excusas que nos ponían cuando nosotras decíamos es que la Organización Mundial de la Salud desde el 86 lleva diciendo que para parir esto, esto, esto, muchísima gente la contestación era es que la OMS, *esto es para países del tercer mundo que están en vía de desarrollo*, pero nosotros hemos conseguido ya que nuestras tasas de mortalidad materno-infantil bajen, que no sé qué, no sé cuánto, que no podemos... pero claro hasta que no se desarrolló la estrategia no tuvimos realmente, es que esto es nuestro también. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Entre los años 2004 y 2007, El Parto es Nuestro inició una serie de acciones de visibilidad sobre el tema del parto en España, participó en congresos, cursos, escribió cartas a los medios de comunicación y periodistas influyentes, todo con el objetivo de sacar el tema a la luz. En 2006 aparecieron artículos en los principales periódicos nacionales, por ejemplo, “El País” (Villarme, Olza & Recio, 2015, p. 167), el cual notició un artículo que generó una intensa polémica y debate nacional.

Escribí a una escritora que es *Rosa Montero*, una periodista en España, muy conocida está muy volcada en causas de todo tipo, digamos cómo explicarte es la voz de la gente a la que nadie le da voz ¿no? Entonces, yo ya le había escrito un par de veces y le había dicho que por qué no escribes algo sobre este tema, que es un tema penoso ¿no? Y ella me ha dicho no conozco este tema y no me atrevo, dijo ella ¿no? Entonces, cuando salió el libro, yo le escribí y le dije oye ya salió el libro ¿podrías escribir algo sobre el libro? Es que nadie habla nada entonces, es que había pasado mucho tiempo, bueno, vale, envíamelo. Entonces, recibió el libro y escribió un artículo que está colgado en *El País*, lo puede buscar que se llama *El desastre de parir* (Montero R., 2006). Entonces, viene la avalancha de un montón de cartas de todo tipo. Eso lo publicó en el dominical de *El País*, vale, un domingo. Luego tres semanas después en la sección de cartas al editor se dedicó íntegramente a este tema, unos a favor y otros en contra, claro, bueno los médicos bajando un burro, bueno a mí no, a ella no porque ya lo había escrito, la otra parte un poco intimidada porque son más y tienen la razón y tal. Bueno, te cuento lo que llamó la atención del ministerio, vale. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Una regularidad discursiva que se identifica en la expansión del Movimiento por la Humanización del Parto español es la adhesión a la táctica fílmica como lenguaje de persuasión activista. En 2004 la cineasta madrileña Icíar Bollaín dirigió un cortometraje llamado “Por tu bien”, en el que mostró a un hombre dando a luz con el fin de visibilizar el

maltrato sufrido por las mujeres españolas en el parto. En TVE también salieron dos documentales referenciados en la literatura activista española, esto es, “Los Dolores del parto”, del programa Línea 900 en 2005 dirigido por F. Campoy, y “De parto”, del programa Documentos TV en 2006 dirigido por M. Ortiz y A. Masllorens (Villarme, Olza & Recio, 2015, pp.167).

La exhibición de las películas en la observación de las redes es una táctica muy utilizada por una organización que nació en 2006, Dona Llum, la Asociación Catalana por un Parto Respetado. Es notable que en los últimos tres años en los eventos y seminarios se utilizan películas para debatir la situación de la asistencia al parto en Cataluña. En su página web la asociación ofrece un listado de películas documentales de distintos países que consideran como fuentes de información para las mujeres. Igualmente, la asociación El Parto es Nuestro, en su canal en YouTube con más de 5 millones de suscriptores comparte una serie de videos importantes para la asociación, desde programas de televisión históricos sobre el tema de partos en España, debates, reportajes, programas de radio, seminarios, entrevistas a socias, campañas, hasta video-relatos de parto y video-documentales producidos por las socias, como “*To esto es de matronas*” producido en 2010, en el cual se entrevista a niños sobre el trabajado realizado por las matronas.

Dicho video también recibió una versión en inglés “*This is about the midwives*” en 2012. En 2013, la asociación durante la Semana Mundial por el Parto Respetado exhibió un video documental titulado “*La voz de las mujeres*”, en el cual son relatadas las percepciones, reflexiones y experiencias de parto. Siguiendo la oleada global de películas creadas con apoyo de financiamiento colaborativo, una cineasta cubana, Ana Victoria Pérez, con el guion de Viviane Adenauer y producción de Loto Films, lanzaron en 2013 el documental “*Néixer*”, que discute la situación de la asistencia al parto en España con base en la evidencia científica. Aunque el documental fue grabado en la Comunidad Valenciana, contó con la participación de importantes activistas a nivel estatal.

En 2015, una osteópata francesa llamada Catherine Béchard recorrió España, Francia, México y Cuba para compartir en su película documental *Loba* el movimiento por un parto más respetado que está aconteciendo en estos países. “*Loba*”, igual a “*Le Premier Cri*” en Francia en 2007 y el “*Renacimiento del Parto*” en 2013 fue en Brasil la primera película documental sobre parto que llegó a los cines españoles gracias al financiamiento de 470 patrocinadores.

En el año de 2018, la producción de películas documentales alcanzó un *boom* en territorio español, con la producción de tres documentales activistas: el programa titulado “*Parir i criar*” de la televisión pública local Betevé, que habla del tema desde la mujer y su libertad de elección; el vídeo de Jan Codina “*Origen - Nou maneres de Néixer*”, que discute los partos desde una mirada más crítica, con base en las informaciones disponibles sobre el tema a partir del relato de partos y experiencias de las mujeres. Finalmente, el proyecto de película documental “*Criaturas.org*” es un proyecto de la activista social María Asunción Berenguer Ruiz que aguarda el lanzamiento y es un documental de investigación con compromiso social, en el que participan diversas familias y profesionales relacionados con la causa de la infancia. El proyecto fue financiado con 10.003 euros en goteo.org.

Durante los años 2000, una serie de asociaciones empezaron a surgir en España, con sus filosofías, discursos y agendas específicas. En 2011, un acontecimiento generó el apareamiento de una nueva ola de organizaciones. Un portal de noticias 20minutos.es publicó una serie de viñetas dibujadas por el ginecólogo Javier Server Gonsálvez para la gaceta electrónica de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Los dibujos causaron indignación en las activistas españolas, por lo que terminó en una manifestación al frente de la SEGO para poner fin a la “Violencia obstétrica”. Este evento dio inicio a una expresión radical del Movimiento por la Humanización del parto español para crear una red de manifestación y articulación permanente en contra de la Violencia Obstétrica en 32 países, *The Roses Revolution Movement*.

La revolución de las rosas empezó porque la SEGO, en España, la Sociedad General de Obstetras, hizo unas viñetas de las mujeres, sobre mujeres pariendo, mujeres con prolapso de útero y entonces eran una viñetas de comic en las que bueno, se reían de las mujeres, [...] las viñetas, ¡Son horrosas!, o sea, son absolutamente horrosas, entonces, la mujer con el prolapso de útero exagerado, y la ponen de ignorante, de alguien viejo que no sabe hablar, que no tal, el marido y el ginecólogo hablan de ella como si fuera un tal, la que tiene una enfermedad de transmisión sexual, con mini falda, con el cigarrillo, el bolso, como si fuese una prostituta, los partos respetados, se ríen de ellos, ¿no?, es como, el señor empuja al bebé, tal, son estas horribles, groseras, feas, humillantes, y además publicadas en la gaceta oficial de la SEGO en la página web, o sea, es que era como, y entonces El Parto es Nuestro lo vio, emitió una nota de prensa enseguida diciendo: “¿Esto qué es?”, y yo ya aluciné en colores, o sea, a mí ya me parecía increíble, entonces mucha gente empezó a venir a mi página a decir: “¡Esto es indignante!”, y claro, como yo ya conocía todas las historias de violencia, ver eso era decir: “Pero, o sea, ¿a estas mujeres que les estáis haciendo?”, y entonces empezamos a decir que qué hacíamos, qué no hacíamos, y yo propuse ir a hacer una manifestación, ir todas a Madrid, a la SEGO y tal, entonces no sé si se habló de tirarles piedras, de tirarles no sé qué, y yo dije: “¡No, una rosa!”, o sea, dejarles rosas hasta que no puedan salir del sitio. [...] Entonces, luego creció y se hizo un movimiento en otros sitios y tal, y ahora es un movimiento que está en muchos países, pero empezó por esa indignación, porque era insostenible (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Ahora bien, el aparecimiento de esta red internacional desde el movimiento español refleja la dinamicidad que este mismo adquirió en la década actual con la expansión de su articulación, que comenzó en los años 2000 con correos electrónicos por todo el mundo, para adentrarse ahora en la era de las redes sociales. Esta práctica discursiva es notable a título de ilustración en una serie de eventos a nivel global, como por ejemplo, la protesta brasileña “*Marcha do Parto em casa*” en 2012, en contra del Consejo Regional de Medicina del Estado de Río de Janeiro (CREMERJ), que abre una denuncia en contra de un médico por defender el parto domiciliario en un programa de televisión de red nacional. Las activistas brasileñas de 31 ciudades del país se articularon en Facebook en pos de marchar a favor del derecho al parto domiciliario.

Toda esta polémica comenzó por un video-relato de un parto domiciliario que fue exhibido en la televisión. En 2013, dos cineastas de Reino Unido, Toni Harman y Alex Wakeford, articularon la exhibición simultánea para 100 000 personas en 50 países de la película-protesta “*Freedom for Birth*”, que denuncia la lucha de activistas húngaras en contra del Estado de Hungría porque envió a la cárcel a la comadrona Ágnes Géreb por atender partos domiciliarios. Así como el reciente caso en 24 de abril de 2019 en Oviedo, Asturias de una embarazada ingresada en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), después de que una jueza decretó su detención para inducir un parto forzoso.

El acontecimiento generó una manifestación en las redes sociales con el hashtag #miparto, para convertirse en una plataforma internacional, plataforma Mi Parto, de profesionales del nacimiento, abogadas y usuarias (Plataforma Mi Parto, 2019). Empero, la expansión del movimiento no resultó en una mayor fuerza política, sino en la agudización de sus especificidades. A continuación describo el proceso de capacitación y formación de los expertos y activistas en humanización del parto.

6.2 De la capacitación y formación profesional del campo

Se indagó si el grupo de entrevistadas recibió algún tipo de formación o capacitación por parte de la OMS, alguna empresa u organismo internacional sobre el parto y el 100% del grupo dijo que no, y el grupo respondió que no recibieron una formación directa de la OMS, al mismo tiempo reconocieron la afinidad que tienen con los protocolos establecidos por esta organización, así como la influencia discursiva que estos documentos tienen sobre sus prácticas asistenciales y la estructura misma de sus organizaciones.

Nosotros ya hemos partido de eso, el parto en casa ya parte de un respeto. Yo no he recibido

directamente formación de ellos, pero sí que ciertamente durante años estuve explicando las Recomendaciones de la OMS, por todas partes y parecía ya como si fuera yo una representante de la OMS. Porque cuando tenía que hacer un curso y algún tenía que hablar, iba yo a explicar las recomendaciones, que me las sabía de memoria y les hacía también hacer trabajos con estas recomendaciones, para que vieran que no estaban cumpliendo nada. Les hacía hacer un papel, lo que hacían ellos y lo que recomendaba la OMS. Luego lo comparábamos y se daban cuenta que todo era al revés. Costó mucho, aquí en España costó como 25 años para que empezaran a escuchar, a través de los cursos y de las formaciones. La estrategia del ministerio tardó como 25 años, en reconocer las recomendaciones de la OMS. Realmente, yo me dediqué a ir por los hospitales, hacer formación, porque veía que estaba muy lejos de las recomendaciones. De hecho, en ese tiempo que yo daba clases, así era de lo poco en que yo me podía basar, que era en evidencia científica y en lo dice la OMS; que era como el organismo que tenía peso. Se daban cuenta de que realmente no estaban cumpliendo nada. Cuando lo ponían en práctica, realmente, bajaba mucho la tasa de cesáreas. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

La formación y capacitación de los profesionales en el campo de los partos humanizados es relatado como un proceso autodidacta que parte de una búsqueda individual, en algunos casos del intercambio de conocimientos con otros profesionales y/o grupos de mujeres y madres, también como experiencias personales que les resultaron en un aprendizaje suficiente para colaborar con las mujeres en el campo. Son muchos los relatos en que la vivencia directa con las mujeres resultó en una fuente de conocimiento y práctica en el campo.

Por autodidacta total. Bueno, autodidacta y después formándome en cursos que a mí me han interesado y pagados por mi bolsillo. O sea, yo empecé a leer libros cuando hubo el movimiento de las mujeres de Boston, entonces para mí estas fueron muy importantes también, y a partir de aquí pues también empecé en una determinada bibliografía y ya no buscaba, pues leía determinada bibliografía, o sea, por ejemplo, la Sheila Kitzinger, Robbie Davis-Floyd, o sea, gente ya hacia una línea por decirlo de otra manera. Y estoy leyendo muchísimo, leyendo muchísimo yo tengo sobre el tema ya de maternidad, de nacimiento y todo lo que es del tema de salud de la mujer pues tengo una buena biblioteca en casa. Y después pues empecé haciendo cursos, cursos fueran los que a mí me interesaban y guay los pagaba de mi bolsillo. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

El contacto directo con las mujeres y sus experiencias de parto siguen siendo la mayor fuente de enseñanza y capacitación del grupo de entrevistados. En estos relatos se observa la extensión de la metodología de enseñanza que atravesó las décadas desde el Colectivo de las Mujeres de Boston en EEUU en los años 1960 y sus grupos de autoconocimiento, la práctica del *self-help*, para llegar a los días actuales como una didáctica viva, natural e internalizada, es decir, en el interior de los cuerpos de las activistas por la humanización del parto.

Yo he escuchado a tantas mujeres, he leído los partos mujeres de tantas y es desde ahí de donde he ido incorporando mi conocimiento de este tema, claro que he leído libros, libros de referencia, pero es desde las mujeres que he aprendido y mi aprendizaje ha sido con y desde las mujeres exclusivamente, desde sus historias, sus reflexiones y desde sus experiencias, desde ahí. (Comunicación personal, Activista, grupo A).

Creo que ahí influencia que soy doula, mis partos, mi propio camino, eso, hablar con mujeres, yo estoy creciendo constantemente y en foros de activistas y tal, o sea, que sea rico para mí

también es una gran influencia, pero sinceramente, o sea, el lugar donde yo estoy, lo que yo creo y todo, dice mucho del comadrero y del activismo más que de la parte, más de mitos y más de, de eso, o sea, es muy vivencial para mí, porque aparte, o sea, la experiencia la sentí en mi propio cuerpo. (Comunicación personal, Activista, grupo A).

Como se ha observado, la *expertise* de las activistas y profesionales es fundamentalmente construido con base en el autodidactismo y la experiencia personal. Como estos conocimientos llegan a formar toda una red de servicios y organizaciones para la asistencia, así como el funcionamiento mismo del Movimiento por la Humanización del Parto.

6.3 Redes y organización de los servicios del parto humanizado

6.3.1 El servicio de *doulas*, asociacionismo y educación para el parto

Todas las expertas y activistas en humanización del parto forman una red de servicios y organizaciones para la asistencia. En primer lugar, está la *doula* que es una profesional que apoya las mujeres en el período perinatal, algunas desde la concepción hasta el período de lactancia, con informaciones y técnicas corporales, bajo el propósito de mejorar y facilitar la experiencia de la mujer, siempre de acuerdo con el proceso de experimentación de su iniciación maternal. Por lo tanto, el campo de actuación más conocido de una *doula* suele ser el apoyo al trabajo de parto, proporcionando información, ayudando con ejercicios y masajes que le permitan un mayor control del dolor; pero, sobre todo, diseñando el plan de parto para la mujer.

En 2015 era posible localizar por internet 547 *doulas* actuando en territorio español, y existían alrededor de 435 páginas web de *doulas*, 20 centros de formación y 10 asociaciones (Consejo General de Enfermería, 2015). Algunas de las *doulas* entrevistadas⁸⁷ describieron sus servicios en este campo. De acuerdo con ello, es notable cómo cambian las prácticas según el tiempo de activismo y orientación filosófica del parto sobre quienes influyen.

Pues a mí cuando me contacta una mujer que está embarazada y que quiere mi servicio como *doula* para el parto, suele ser como cinco semanas antes, entre la semana 32 y 35, primero quedamos para tomar un café, algo informal, sobre todo para ver si hay conexión entre las dos [...] pues de la semana 32 hasta que el bebé nace quedamos como tres veces y si ella necesita más es más [...] yo estoy para apoyarla en la decisión que ella tome [...] también para hacerle saber que en el momento del parto yo voy a intentar que su espacio sea muy respetado, que a ella y a su pareja se les haga tomar las menos decisiones posibles y que ella pueda meterse en su planeta a parte y se sienta totalmente protegida. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

87 Del grupo entrevistado, siete activistas actúan como *doulas* independientes, es decir, como profesionales autónomas no vinculadas a la seguridad social; y algunas están vinculadas a la Asociación Española de Doulas (AED), Asociación Nafarroako Doulak–Doulas de Navarra y Asociación de Doulas de la Comunidad Valenciana.

Sin embargo, en 2015 el Consejo General de Enfermería publicó un documento titulado *Informe sobre competencias de Matronas y tareas que realizan las doulas*, que representó un ataque frontal del sistema sanitario a la expansión de este profesional vinculado a la asistencia humanizada al parto. El informe fue motivo de protestas efusivas por parte de las activistas españolas y de las asociaciones. En respuesta a este documento, *El Parto es Nuestro* y *Dona Llum* publicaron uno titulado *Crítica al Informe Doulas (2015)*. Algunas de las activistas entrevistadas mencionaron el imaginario negativo⁸⁸ que se ha creado alrededor de las prácticas de las *doulas* y comentaron incluso haber desistido acompañar partos, centrando sus prácticas en la educación perinatal y en el activismo, principalmente por encontrarse con dificultades reales para ejercer su práctica en los hospitales. Los siguientes relatos explican esas dificultades:

Hay pocos hospitales públicos que te dejan y algunos de los que te dejan, te dicen que hay que pagar por privado, si es un parto en casa y tienes tu *doula*, ya estás pagando el parto en casa de tu bolsillo... algunas matronas de parto en casa tampoco trabajan con *doulas*, o sea, que dicen no, yo no quiero a tu *doula* acá [...] la mujer tiene que decidir. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

He atendido como tres o cuatro partos de decirles vale, yo, aquí entiendo que quieres ir al hospital, a la vez quieres tener otro tipo de apoyo durante el parto y todo lo que podemos hacer es estar en casa hasta el máximo tiempo posible y ya ahí estoy contigo y te apoyo y tienes el parto que tú quieres, tienes el movimiento de no estar monitorizada, de sentirte libre de hacer lo que quieras y cuando ya vemos que se acerca el momento de nacer el bebé, entonces, nos acercamos al hospital [...] eso lo he hecho tres o cuatro veces y la verdad que ha resultado muy bonito y muy positivo. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Otro aspecto relatado por las activistas es la falta de unidad política entre las *doulas* y con otros sectores, fragmentación ocasionada en gran parte por una falta de formación reglada que en España no encuentra una unidad programática ni un centro de referencia especializado y acreditado para la formación. La falta de claridad en las competencias de las *doulas* termina por generar una indefinición de su esfera de actuación en cuanto a la práctica de otros profesionales.

El proceso de contratación del servicio de una *doula* en España suele variar según las necesidades de las mujeres, es decir, no existen políticas públicas que garanticen su servicio gratuito.⁸⁹ Las mujeres que lo deseen tendrán que contratarla por privado.⁹⁰ El precio de un

88 En el periódico *El mundo*, diferentes *doulas* relataron sus testimonios para deconstruir la “*doula caníbal*” del informe (Rego, 2015).

89 Existiendo en otros países. La autora de esta tesis tiene formación en Doula Comunitaria Voluntaria. Esta formación es un programa de la Secretaría de Sanidad de Recife, Brasil, que desde 2002 capacita mujeres para actuar como *doula* voluntaria en hospitales públicos.

90 Precios calculados a partir de los relatos de las *doulas* activistas entrevistadas. Que aseguraron, además, tener una preocupación por la situación económica de las mujeres, no dejando de atender a las que no pueden pagar

encuentro durante el embarazo está entre 30 y 35 euros la hora. El servicio de acompañamiento al parto es de 550 euros, variando entre 300 a 600 euros, y al postparto unos 300 euros. Por lo tanto, un servicio de atención completa del embarazo al postparto puede rondar los 1200 euros. Además, se pueden cobrar por servicios específicos como talleres, elaboración del plan de parto, dilatación en el trabajo de parto en casa, asesoramiento a la lactancia, ayuda al cuidado del bebé, acompañamiento de la crianza, etc., lo que quiere decir, según el pack solicitado por las mujeres, que los precios pueden variar.

Por otro lado, desde la perspectiva de los derechos de las mujeres en el parto, la asociación *El Parto es Nuestro* es un espacio clave para comprender la dinamización de información y saberes entre activistas/usuarios de los servicios sanitarios. Concretamente, en la página web de la asociación se notifica que la asociación no es una opción de parto, una asociación de profesionales no recomienda ni hospitales ni profesionales, no defiende el parto sin asistencia y no es parte de ningún movimiento alternativo, político o religioso. Incluso se hace explícito el rechazo a utilizar el concepto “parto humanizado”, tal y como consta en la página web:

Creemos que cada mujer debe elegir de forma libre e informada la opción de parto que mejor se acomode a sus expectativas y forma de vida. Queremos que todas las mujeres, sin distinción, puedan parir de acuerdo a la evidencia científica, de forma segura y garantizada. A menudo, medios de comunicación e incluso mujeres se refieren a nuestra asociación como un grupo de personas que propugnan “otra opción de parto”, o que defiende “el parto natural” o incluso “el volver a parir como antes”. Todas estas denominaciones y algunas más, según la ocurrencia del momento, restan fuerza a nuestro objetivo: la modificación de la atención al parto en su totalidad. La idea de “parir natural”, “parir como antes” o “parir humanizadamente” no es más que una forma de desactivar la fuerza de nuestra petición. Puesto que es eso lo que se persigue con estas denominaciones. (*El Parto es Nuestro*, s.f., párr. 2-4).

Igualmente, tiene claro que el trabajo que realizan no es parte de un mercado de servicios en el cual se puede cobrar⁹¹ por un espacio de empatía y respeto. De hecho, la asociación asume una posición contundente frente a la comercialización, la publicidad⁹² y la mercantilización de las prácticas sociales. Observando la dinámica de la asociación desde las redes sociales y los correos electrónicos se comprende que su estructura es fundamentalmente virtual. La asociación, desde la óptica del público externo, es una página web extremadamente

por ello.

91 La asociación tiene como fuente de recursos una cuota anual de 40 euros pagada por las socias. Otra fuente de financiación son las invitaciones a charlas o exposiciones; aunque generalmente, terminan apenas por pagar el viaje y los gastos.

92 De la misma lista de correos de la asociación surgió una polémica en torno a las firmas, en las que aparecía la profesión, clínica, titulación, etc. de algunas socias. Y se cuestionó si ello no podía dar pie a publicitarse de algún modo. Finalmente, se decidió no firmar correos con cualquier información sobre el emisario que resultase una publicidad de su campo de actuación.

compleja, con informaciones sobre el período perinatal, embarazo, parto, postparto (*El Parto es Nuestro*, s.f.). La página conecta a las mujeres que buscan información sobre diferentes redes sociales con las cuales conectarse virtualmente,⁹³ estadísticas, derechos legales, campañas y eventos según un calendario constantemente actualizado.

La asociación *El Parto es Nuestro* cuenta también con una página intranet exclusiva para socias, que dispone de una amplitud de recursos informativos organizados por carpetas con una parte de contenidos más técnicos, documentos internos de la asociación (actas, comunicación interna, asambleas, actividad institucional, documentos antiguos, contratos, prensa, documentos de la asociación, documentos legales, contratos, internacionalidad), hasta una serie de carpetas para información y formación de las socias (guías de socias, grupos locales, blog, lecturas interesantes, videos, presentaciones y cursos).

La asociación tiene una junta directiva formada por cuatro personas: presidenta, vicepresidenta, tesorera y secretaria, y luego funciona con equipos de trabajo. Equipos de trabajo tenemos..., hay grupo de trabajo web, hay grupo de trabajo de prensa, hay grupo, bueno hay comunicación externa que se divide en: prensa, redes sociales y blog, el de la asociación, luego tenemos equipos de trabajo, tenemos las coordinadoras de grupos locales, o sea tenemos un gran equipo de trabajo que son las coordinadoras nacionales de grupos locales que coordinan a todas las coordinadoras de cada grupo local, tenemos más cincuenta grupos locales en España [...] Tenemos equipo de trabajo de bienvenida, de traducción, de gestión, o sea cada tarea, una de las cosas que hemos intentado desde la última..., desde que yo estoy en junta que son, este ya es el tercer año estoy trabajando ya en el cuarto, que cada tarea se desarrolla desde un equipo y no desde una sola persona primero para que las personas no se carguen de un trabajo excesivo y además para que los traspasos sean más sencillos porque es más complicado que una persona, que dos personas se vayan juntas, siempre hay relevos y además que intentamos que haya mucha comunicación, hemos creado un encuentro anual de grupos de trabajos para que todas esas coordinadoras de cada grupo de trabajo hagan lo que hagan nos veamos una vez a al año, juntemos los problemas que nos encontramos de comunicación, de no comunicación [...] tenemos un WhatsApp con todas las coordinadoras de grupo de trabajo también para lo que es contacto rápido, necesito a alguien de prensa, necesito a alguien esto ya, esto me ha llegado que hago aquí sumando, o sea esa comunicación que a veces si no, no es tan posible y así intentamos que las decisiones y que cada grupo sea lo más autónomo posible, pero sin perder contacto con la junta para que la junta este siempre enterada no solo tome las decisiones, y si a veces tomamos decisiones pues esto no se puede hacer, esto se puede hacer un poco, sobre todo cuando los grupos están empezando, un poco que vayamos en una misma dirección. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Resulta necesario mencionar que la estructura de la articulación de redes de El Parto es Nuestro, según las informantes, es bastante limitada. De acuerdo con una de las directoras de la junta de la asociación, la comunicación con otras organizaciones a nivel nacional se da de forma muy puntual. Ella citó a *Dona Llum* como una organización “hermana” con la cual

⁹³ Así, por ejemplo, las mujeres pueden establecer contacto con otras mujeres a través de la lista de correos, *Apoyocesareas* –que cuenta con las mujeres que dieron origen a la asociación–, otra lista de correo con mujeres, Facebook y un blog que publica diferentes temas de interés que complementan toda la información disponible en la página web.

desarrolla muchas actividades y deciden algunas actuaciones conjuntas. También citó a la *Plataforma Pro Derechos del Nacimiento* con la cual se comunican para desarrollar algún cartel para las actividades de la Semana Mundial por el Parto Respetado y después anualmente participan del encuentro de la red alemana *European Network of Childbirth Associations (ENCA)*. La asociación tiene como una fuente de recursos una cuota anual de 40 euros pagada por las socias; mientras tanto, hay una opción de cuota reducida de 20 euros y una superior de 60 euros. Otra fuente de financiación son las invitaciones a charlas o exposiciones de socias que son pagadas, pero generalmente, terminan apenas por cubrir el viaje y gastos con traslado.

Las mujeres también pueden buscar información presencialmente en 29 grupos locales que están en 11 Comunidades Autónomas de España: 5 en Galicia, 4 en la Comunidad Valenciana, 1 en el Principado de Asturias, 1 en el País Vasco, 4 en Andalucía, 2 en Castilla-La Mancha, 3 en Castilla y León, 6 en Madrid, 1 en Comunidad Foral de Navarra, 1 en Canarias y 1 en Aragón. Aunque también tiene 2 grupos locales en América Latina, 1 en Argentina y 1 en Ecuador, con algunos proyectos de expansión a otros países de América Latina como Uruguay, Brasil y Perú, entre otros.

Entre toda la información a disposición de las socias la asociación promueve sobre todo la educación perinatal y apoyo, así como el intercambio y la acogida de las mujeres. Todo ello se produce tanto de forma virtual, a través de las redes sociales y tecnologías de información, como en los grupos locales. Estos últimos son reuniones abiertas, públicas y gratuitas que acontecen una vez al mes en diferentes ciudades de las Comunidades Autónomas. Las mujeres que participan van acompañadas de sus parejas o familiares y son recibidas por una perteneciente a la asociación. La reunión empieza con la lectura del decálogo de la asociación para que las personas conozcan su posicionamiento y después comparten información. En general, la socia que coordina la reunión comparte su experiencia de parto o si hay alguna mujer que desea hablar de sus dudas o desahogarse lo puede hacer. Es en suma un espacio en el que pueden hablar de sus experiencias y dialogar sobre estas.

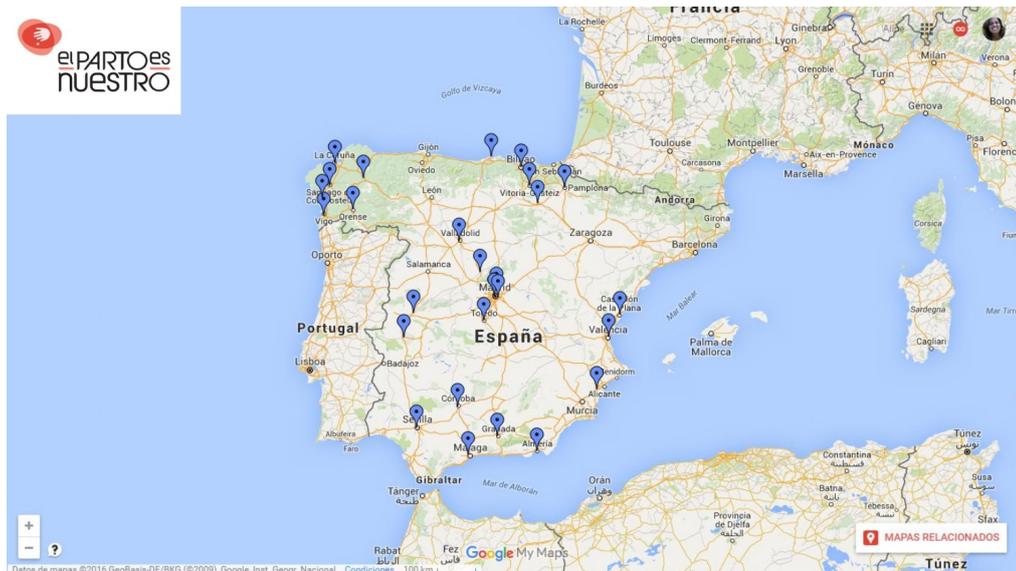


Imagen 2. Mapa El Parto es Nuestro

Fuente: (Página web El Parto es Nuestro)

De hecho, las mujeres que vienen a los grupos locales van en busca de información porque son madres primerizas o han sido madres con experiencias traumáticas en sus partos y necesitan de apoyo para superarlas, allí comparten con otras personas, lloran y liberan sus emociones. Vale la pena ilustrar lo anteriormente dicho con la observación de la apertura de la asamblea *El Parto es Nuestro* en 2016, en la que una mujer expresó de la siguiente manera su “empatía radical”, una práctica de respeto profundo hacia las necesidades de las mujeres: “Ahora soy capaz de escuchar”. Esta es una condición básica para promover el apoyo, con el abandono de una posición de autoridad y *expertise*, porque en la asociación una experta, una médica, una investigadora o una comadrona son una mujer.

Pues soy amiga, soy compañera, soy una mujer que entiende, que comprende y que tiene la energía de poder en determinados momentos buscar acciones para cambiar [...] aquí hablamos de mujer a mujer, puedes compartir lo que quieras, pero como mujer, como madre, no como profesional [...] solamente puedes subir en el pedestal de profesional para que el resto de las mujeres acabemos dando por bueno ese criterio precisamente porque viene de un sistema de infraestructura que reconocemos. Desde una mujer porque nuestra capacidad de entender, de elegir, está vinculada con nuestra maternidad, con nuestra condición de mujeres y de madres y es desde ahí que eso tendría que ser suficiente, es por lo que luchamos. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

En *El Parto es Nuestro* nunca hemos permitido que nadie se publicite, ni publicite sus servicios [...] han venido muchas profesionales, pero han venido como mujeres o como madre, o como padres [...] nosotros no recomendamos nada, no recomendamos ningún profesional y nosotros no decimos a ninguna mujer dónde y con quién tiene que parir [...] eso parece un problema, pero creo que es una gran ventaja [...] creo que eso ha sido un acierto [...] podemos ser igual de críticas con las clínicas, que con personas que atienden partos en casa sin seguridad o tal [...] yo creo que estamos en un lugar independiente y eso es muy

bueno pero creo que somos muy pocas y que tenemos poca fuerza. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

En Barcelona, la asociación *Dona Llum* trabaja de forma semejante⁹⁴ pero en menor escala, ofrece encuentros en diferentes centros cívicos en los que de forma dinámica comparten información sobre el embarazo, el parto y el postparto. Actualmente, la asociación tiene tres grupos: dos en Barcelona ciudad y uno en Girona. No obstante, la asociación catalana ofrece un listado de lugares -hospitales públicos catalanes, casas de parto, cooperativas y clínicas de asistencia al parto domiciliario- y una profesional, que ofrecen atención en Cataluña según el Protocolo de Asistencia Natural al Parto Normal, el cual fue publicado en 2007 por el *Departament de Salut de la Generalitat*. Además, ofrece datos estadísticos actualizados sobre la situación de las cesáreas, las prácticas de atención al parto y un mapa de las maternidades de Cataluña. En su página web, se hace hincapié en lo siguiente:

No defensem un tipus de part en concret. Cada dona ha de poder decidir segons les seves circumstàncies personals amb tota la informació i les persones professionals han de ser capaces d'acompanyar-la i recolzar-la per tal que pugui dur a terme les seves decisions de la manera més segura i satisfactòria possible [...] Som una associació feminista. Formem part de la *Xarxa de Dones per la Salut*. A l'actualitat comptem amb aproximadament 250 sòcies, nombre que va augmentant de manera regular tot demostrant la creixent conscienciació respecte a la nostra tasca. (*Dona Llum*, s.f., párr. 4-6)

Es también una organización económicamente independiente, mantenida por cuotas de las socias y actividades puntuales en eventos. Inclusive, argumentan la importancia de la autodeterminación económica de la asociación para seguir presionando a la administración pública. Desde las redes sociales, es notable la fuerza de su actuación, que no se limita a Cataluña sino a todo el Estado español. En la página de Facebook, la asociación comparte mucha información, noticias, películas, evidencias científicas y también temas más amplios relacionados con los derechos de las mujeres, como el aborto y las violaciones en diferentes niveles; también trabaja el tema del parto desde una perspectiva legal, es decir, en su página web es posible encontrar toda la información relativa a los derechos de los usuarios en los servicios de salud, como un servicio de asesoría y consulta jurídica para las mujeres. En definitiva, es una asociación que también refleja la expansión que está experimentando actualmente el propio movimiento, tal como expresan estos relatos:

El objetivo principal es que todos los partos sean respetados. ¿Cómo lo intentamos hacer?, pues informando, buscando vías para informar a las mujeres que cada vez son más las que vienen a nosotros a pedir información, la verdad es que en este momento estamos bastante desbordadas. Para el nivel de interacción, tenemos un grupo en Facebook que funciona muy

94 De hecho, está hermanada con la asociación *El parto es nuestro* forma parte de la *Xarxa de Dones per la Salut*; se articula también con el grupo de antropólogas *Matter-Observatori de les maternitats i paternitats contemporànies*; y participa en la red alemana *European Network of Childbirth Associations* (ENCA).

bien, damos también charlas, jornadas, hacemos divulgación de la evidencia científica, aunque de esto hay también, hay un debate porque al final la evidencia científica acaba siendo un argumento de autoridad, es más un tema de que nos vemos obligadas a entrar ahí porque los médicos no han tenido que justificar nada de lo que nos han hecho a nosotras en los partos y nosotras tenemos que justificar ¿por qué no nos lo tienen que hacer? Y entrar en su propio idioma que es la evidencia científica, pero nos fastidia bastante tener que recurrir a la evidencia como argumento de autoridad, tío nosotras las mujeres llevamos décadas diciéndote que estamos incómodas, que no nos gusta lo que nos haces, y además que eres violento y no te basta con que te digan: “no me estoy sintiendo bien”, ¿Sabes? Luego vamos también vamos a reuniones con el CatSalut y organizaciones administrativas o gubernamentales, lo que decía también de reuniones de la Xarxa de la salud, hacemos presión cuando tienen que aprobarnos protocolos y cosas así. Y luego lo que también nos está sorprendiendo es que cada vez nos contactan más profesionales, profesionales que están sufriendo acoso en sus puestos de trabajo por intentar informarnos, estudiantes de residencia de comadrona que están totalmente a favor ya, nos ha sorprendido también esa vertiente que antes no pasaba. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

6.3.2 Parto domiciliario y casas de parto

Como hemos venido historiando, el parto en el hogar es una práctica de asistencia que ha sido clave en la lucha por la humanización del parto en España, dado que todas las primeras acciones giraban alrededor de la búsqueda de las mujeres por un parto domiciliario. En Barcelona sigue existiendo, desde hace 32 años, la cooperativa histórica de partos domiciliarios *Titània-tascó*, que está formada por seis comadronas y socias en el Consejo Rector, aunque todas las decisiones de la cooperativa son tomadas en asamblea.

La cooperativa tiene un apoyo psicológico externo y acompaña el embarazo, el parto, el postparto⁹⁵ y la lactancia, ofrece servicios de ginecología natural, acupuntura y otras terapias naturales. El precio de asistencia al parto son 2000 euros⁹⁶ y este pago es realizado en dos cuotas; si las mujeres tienen algún problema, la cooperativa pacta con ella otras opciones.

En cuanto a la estructura y la organización de *Titània-tascó*, en un encuentro de preparación para el parto tuve la sensación de estar en el *Cais do Parto* versión española.⁹⁷ El encuentro comenzó con la presentación de las asistentes y el relato de algunas. Aquel día, una pareja narró su experiencia de parto con una comadrona de la organización y exhibió la película de su parto que había editado. Asimismo, una madre embarazada relató cómo iban

95 En esta cooperativa existe un grupo llamado *Creciendo en Tribu*, que acompaña a las mujeres en la crianza de sus bebés en la época del postparto.

96 El precio incorpora algunos materiales médicos y la mujer de gasas, compresas, empapadores, un barreño, una linterna, un espejo, por ejemplo. Una de las activistas relataba que solo podía pagar su parto en la Clínica Marenostrum porque en 2009 todavía había una política pública llamada “Bebé cheque”. Una prestación de 2500 euros que recibían las madres por cada nacimiento o adopción. El valor llegaba a 3500 euros si se trataba de una madre soltera, una familia numerosa o un niño con discapacidad. La política fue revocada por el gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero en 2010, según una noticia publicada en la RTVE (Montero, 2010).

97 Cais do Parto es una organización histórica brasileña formada y liderada por comadronas tradicionales que ofrecen el servicio de parto domiciliario en la ciudad de Olinda (*Cais do Parto*, s.f.).

las preparaciones para su parto domiciliario. Al final del encuentro, el grupo compartió un *Coffee Break* ofrecido por la cooperativa. Es de mencionar que según la cooperativa, la demanda por el parto en el hogar ha crecido mucho en Cataluña. Tal como menciona la siguiente cita:

Nosotros tenemos una asociación que se llama *Alpacc*, que agrupa casi todas las comadronas que están asistiendo partos en casa y somos unas 50. Hay muchas comadronas que asisten partos en casa y hay muchos partos, para el volumen que nosotros podemos coger, igual hay entre 300 y 400 al año. [...] Entonces hemos hecho cursos para profesionales, también pertenecemos a la asociación *Nacer en Casa*. La asociación también ha organizado cursos. Yo hice una guía junto con la gente que estaba en *Titània* y otras comadronas de Parto en Casa, la editamos a través del colegio. Eso también ha normalizado bastante el hecho de que somos profesionales, un cierto reconocimiento. Y ahora estamos para ver si se consigue que el parto en casa entre dentro de las prestaciones y de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, en la Asistencia a la Mujer [...] yo siempre soy muy optimista. Yo no sé si lo veré o no lo veré pero yo creo que tiene que ir hacia ahí, si en otros países es normal ¿por qué aquí no? y si se tiene que empezar por algún sitio, seguramente se empezará por Cataluña, que es donde más tradición hay, donde más mujeres hay, donde más presión hay, donde más gente conocemos, donde estamos también en contacto con organizaciones, donde más gente nos conoce y nos puede apoyar, yo pienso que es aquí. En otras partes de España están bastante atrasados. En algunas regiones están como te explicaba del ocultismo⁹⁸, de que no lo dicen, aquí tenemos un cartel en la puerta. (Comunicación personal, Activista, grupo B).

En el mismo pie de articulación con el *Alpacc*, y en la lucha por esta incorporación de los partos domiciliarios en la seguridad social está otra cooperativa de partos domiciliarios que también es una casa de parto en Manresa llamada *Migjorn*. Esta cooperativa de salud fue creada en los años 2000 por comadronas que venían de un largo recorrido desde *Titània-tascó*, la clínica Acuario, *Nacer en Casa*, entre otros. Igualmente, colabora con terapeutas holísticos, homeópatas, osteópatas y acupuntores, pero es un espacio llevado fundamentalmente por cuatro comadronas.

La cooperativa es creada por la necesidad de algunas comadronas que atendían el parto en casa, quienes veían difícil poder asistir algunos nacimientos y terminar en los domicilios, así como desplazarse; entonces se dio la necesidad de crear un espacio que fuera lo más parecido a un hogar posible para las mujeres que no tenían un espacio en el que parir y que tampoco querían ir a hacerlo en los hospitales.

La casa de parto es una mansión en un barrio muy bien situado en Manresa, que tiene diferentes espacios; un jardín bonito en la entrada, luego una escalera por la cual se llega a dos espacios, un salón muy largo donde se hacen los encuentros con las familias y se realizan

⁹⁸ En mi trabajo de campo en Ca la Dona, también me enteré de que este tema de los partos naturales “es muy místico, tiene que conocer no sé quién, no sé dónde, para así llegar en ello”, e igualmente ese “ocultismo” del movimiento y de los grupos salen en las entrevistas.

diferentes terapias y al lado una casa, donde se hacen los partos. La casa tiene un salón, una cocina, dos habitaciones y un baño con bañera. Las habitaciones son muy hogareñas, tienen una cama de pareja, sencilla, están iluminadas y tienen bastante espacio para desplazarse y utilizar la pelota o la silla de parto. Las dos habitaciones permiten que más de una familia pueda estar en trabajo de parto, pero no suele acontecer. Volviendo al patio exterior y bajando las escaleras vive una de las comadronas del grupo.

Según los informantes, las familias que llegan a *Migjorn* tienen distintas necesidades. Hay familias que llegan incluso antes de estar embarazadas, otras a término del embarazo, pero habitualmente van llegando a mitad del embarazo. Algunos conocen el trabajo de *Migjorn* por otras familias, otras vienen a conocer porque no tienen ninguna información, otras todavía vienen de conocer otros equipos de atención y quieren conocer el trabajo de *Migjorn*. Las comadronas trabajan en equipo y por guardia, es decir, todas las comadronas conocen a la familia que decide contratar los servicios, que tienen dos ámbitos, en la casa de parto de *Migjorn* y en los domicilios de las familias.

La comadrona que acompañará el parto es la que toque en este día y generalmente en los partos están dos comadronas porque de acuerdo con ellas, les gustan “tener cuatro manos y cuatro ojos”, lo que es innecesario, pero consideran a las dos personas que están en el proceso, es decir, madre y niño.

El grupo de comadronas acompaña a la familia a lo largo del embarazo, las citas suelen ser muy largas, alrededor de dos horas, para tener tiempo de establecer un contacto personal más profundo con la familia y sus cuestiones personales, así como sanar dudas y profundizar la situación de las relaciones familiares. Los encuentros ocurren cuantas veces sean necesarios, el número mínimo de acompañamiento durante el embarazo es de seis citas. El soporte telefónico se inicia tan pronto se establezca el contrato y las familias pueden llamar a las comadronas de forma ilimitada.

Por otro lado, la guardia para los partos se inicia a partir de la semana 36 del embarazo hasta la 42. En términos legales, las comadronas tendrían que estar de guardia desde la semana 37, pero hacen estas excepciones. Al paso en que se ponen de guardia, mantienen contacto con la familia hasta que la mujer se pone en trabajo de parto. Una de las comadronas relató cómo el acompañamiento a las mujeres en los partos se basa en el respeto a los ritmos, a la autonomía y a la técnica de no intervención. Ahora, se precisa evidenciar cómo funcionan estas prácticas corporales de asistencia.

En el parto también, vamos a estar, esto, la actitud de gato, estoy pero que nadie me vea, estoy en un rinconcito, agachadita, vigilando y a veces los acompañamientos se basan solo en miradas de si alguien en algún momento alguien necesita una mirada de serenidad que te diga “está yendo bien, confía” y a mí eso es algo que me va a costar aprender porque también cuando vienes desde el hospital, de actuar por mucho que te gustara este mundo de pronto es como “uy no estoy haciendo nada ahí, ¿qué van a pensar?”, ya no por querer hacer sino por “¿qué van a pensar?”, entonces aprender a acompañar y a hacer desde *no hacer* ha sido toda una trayectoria y es súper bonito y es algo que tratas de transmitir mucho a los padres, a los acompañantes, que ellos siempre, “¿qué hago?¿qué no hago?”, estar, nada más, porque al final el trabajo es de ella y ese bebé que está viniendo. Estamos acompañando esto, cuando se produce el parto estamos aquí para aportar seguridad. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

De esa manera, el acompañamiento a las familias continúa por lo menos hasta la cuarentena, el grupo de comadronas sigue acompañando todas las veces que haga falta por lo menos en la cuarentena posparto. El grupo también hace encuentros de preparación para el parto que suelen ser cinco reuniones mensuales y luego cinco después del parto, para ofrecer soporte emocional a los desafíos del inicio de la maternidad y de la paternidad. Con esto garantizan el acompañamiento de los bebés, por lo menos los primeros cinco meses. Este servicio de *Migjorn* es semejante al ofrecido en Titània-tascó para esta etapa inicial de la crianza y aquí recurren otra vez al concepto de “tribu”.

Las familias que contratan los servicios de parto domiciliario en *Migjorn* cuentan con los mismos accesorios que disponen en la casa de parto, todo lo que tienen llevan al domicilio, incluso piscina de parto, sillas, fulares para colgarse, aceite para masaje, homeopatías, flores de Bach, entre otros. En lo referente a la parte médica, llevan oxitocina, medicación para parar las contracciones, sueros, oxígeno, que no suelen utilizar; lo más utilizado es la anestesia local y los puntos de sutura.

Las mujeres que contratan el servicio de atención domiciliaria tienen que comprar en el caso de desear un parto acuático en una piscina una funda protectora que cuesta alrededor de 30 euros, pero generalmente no piden porque tienen una bañera en casa. En caso de urgencias, el equipo de *Migjorn* está articulado con el Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, con el cual tienen una buena relación. Según las comadronas, el 65% de los traslados que llegan a realizar no son urgentes y durante el embarazo hay todo un trabajo bajo el objetivo de trazar cuál será el camino hacia el hospital en caso de una necesidad para tener el teléfono de contacto.

El precio del *pack* del servicio de atención al parto es de 2200 euros, que incluye todas las vistas del embarazo, mínimo seis encuentros pero puede llegar a 12, el grupo de preparación va aparte, pero si optan por parir con el grupo tienen otro precio; el acompañamiento por dos

comadronas durante las cinco o seis semanas de guardia, visitas de postparto, con un mínimo de cinco encuentros que a veces pueden ser 12, dependiendo de la necesidad de la familia y por último, un encuentro con un osteópata para la mamá y un encuentro con otro osteópata para el bebé. Igualmente, al servicio de las doulas, el grupo demuestra una preocupación con la situación económica de las mujeres y diseñaron una táctica que están llevando a cabo para presionar la administración pública, a fin de dar solución al tema económico de los partos.

Nosotras creemos bastante en la igualdad social y entendemos que es un dinero importante a soltar, tratamos de dar todas las facilidades que podemos pero es cierto que como proyecto auto-gestionado que no recibe ningún tipo de subvención es muy difícil de sostener y aunque intentamos de ayudar y que la gente vaya fraccionando sus pagos como pueda esto también nos revierte porque a veces hemos estado a piques de cerrar muchas veces porque sostener esto cuesta mucho dinero a pesar de que sea un estructura pequeñita en el sentido de no tenemos un quirófano, humilde, llámalo humilde. Si lo quieres hacer legalmente yo creo en hacer referencia a muchas de las matronas que acompañan partos en casa hay muchas que no declaran o declaran la mitad, en el momento que vas a una institución tienes que declarar y pagar seguros sociales haciendo este tramado burocrático, ilegal que es un agujero negro, nosotras intentamos que no sea el dinero lo que impida a una familia que decida cómo quiere parir pero inevitablemente yo creo que hay familias que al final no lo hacen, igual que hemos creado un documento para que la gente reclame el reembolso del dinero del parto en casa al Departamento de Salud y queremos crear también un documento porque si conseguimos que todas las familias que paren en casa envíen este documento a la el Departamento de Salud tendrá 400-500 documentos al año y es muy interesante pero si conseguimos además que todas las familias que hubieran querido parir en casa y no lo han hecho por temas económicos escriban al Departamento diciéndolo⁹⁹: “Me hubiera gustado parir en casa pero no pude porque no tengo dinero para pagar esto” y que esto les llegue también a ellos a lo mejor de 500 podemos pasar yo me atrevería a decir a 1.000 porque yo creo que habrían muchas más familias que querrían parir en su casa y que no lo hacen por este tema. Creo que le pesaría, no es lo mismo recibir 30 cartas al año, que 300, que 500 o que 800, esto también es ahí como un tema a trabajar. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Según las entrevistadas, la situación de la asistencia al parto domiciliario en Cataluña desde 2014 impulsó un movimiento orientado más a nivel local, basado en la realidad catalana que es la zona de España que representa un tercio de los partos en casa a nivel estatal y cuenta con más de un tercio de los profesionales en el campo; con esto se generó la necesidad de crear una versión catalana de la asociación Nacer en Casa, la *ALPACC*, *Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya*. La asociación está formada por más de 50 comadronas que acompañan el parto en casa en Cataluña, un 80% de los profesionales que están actuando en el campo se reúne trimestralmente, siendo entre siete u ocho personas. El movimiento catalán por la humanización es impulsado por un lado a raíz del sentimiento independentista que estaba en su máxima expresión en 2017, encontró en la visión de un gobierno catalán una apertura a la promoción del parto en casa, visto que la Comunidad

⁹⁹ Esta táctica motivó la acción judicial movida por una madre de Hungría en contra del Estado húngaro por enviar a la cárcel a la única comadrona en el país que le podría ofrecer el servicio de atención al parto en casa: Ágnes Géreb. Esta táctica fue mundialmente compartida a través de la película *Freedom for Birth* en 2012.

Autónoma lo estaba promocionando de forma cada vez más creciente.

De acuerdo con una de las comadronas, una de las dificultades de movilización a nivel estatal de los profesionales del parto en casa se basa en el desplazamiento hacia los encuentros anuales de la Nacer en Casa, teniendo en cuenta que su tipo de trabajo requería una disponibilidad de 24 horas a las familias en situaciones de guardia de los partos. También hay una percepción de que en el movimiento estatal articulado por la asociación Nacer en Casa “hay un engranaje muy lento que no está siendo suficientemente eficaz” y no responden a la potencia del movimiento y expectativas de las comadronas catalanas. En la página web de *Alpacc*, la asociación dice que se relaciona con *L’Associació Catalana de Llevadores*, *la Plataforma Pro Derechos del Nacimiento*, *Federación de Asociaciones de Matronas de España*, *Asociación Nacer en Casa* y *la Asociación Dona Llum*. Una de las entrevistadas explica cómo se están desarrollando las actividades y el debate en el interior de la asociación.

Estamos trabajando bastante ya de cara al Departamento de Salud para tratar de engranar todo esto de una manera más protocolizada e integrarnos dentro del colectivo de salud ... que no seamos las matronas *hippies*, las locas, las brujas que vamos al hospital ... que nosotras formamos parte ... aunque no formamos parte de la plantilla del sistema público, sí formamos parte de un engranaje de personal sanitario ... y también vivamos este reconocimiento como comadronas ... soy una profesional como tú solo que no voy vestida como ... no llevo zuecos pero soy exactamente igual que tú ... [se trata de] conseguir el reconocimiento de las comadronas de parto en casa como profesionales de salud para poder hacer también un traspaso de cuidados ... incluso para conseguir que nos dejen entrar en los hospitales ... a nivel institucional se está trabajando desde la asociación del Parto en Casa en Cataluña, por ejemplo, es algo que aquí estamos avanzando mucho y a nivel estatal no se está avanzando nada ... y aquí en este año ya se han hecho por lo menos cinco reuniones con el Departamento de Salud ... se van haciendo reuniones no solo para el tema de los traslados sino también para el tema de conseguir subvención del Parto en casa ... desde hace un par de años estamos reuniendo estadísticas conjuntas, al menos las comadronas que estamos en esta asociación para tener datos comunes y poderlos presentar ... están siendo fabulosas, números estupendos, mucho mejores de los que puede promover la OMS. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Así pues, el 13 de septiembre de 2018, como resultado de estos primeros estudios, la ALPACC en colaboración con *L’Associació Catalana de Llevadores*, la *Federación de Asociaciones de Llevadores Espanyola (FAME)* y el Consell de Col·legis d’Infermeres i Infermers de Catalunya publicaron la *Guia d’Assistència al Part a Casa*¹⁰⁰, que es una revisión y actualización de la *Guia de Part a Casa* publicada en 2010 por el *Col·legi Oficial d’Infermeria de Barcelona (COIB)*. Por medio de ello mostraron que si bien la demanda por la atención al parto domiciliario en Cataluña en los últimos años está creciendo claramente, el

100 El documento fue escrito por dos comadronas representantes de *Titània-tascó*, tres de *Néixer a Casa*, dos de *Naixements Mudra*, una de *Cooperativa de Salut Medicina Integrativa*, dos comadronas autónomas e independiente, y una vinculada a la Atención Primaria en el Centro de Salud Carinyena, Villareal, Castellón.

tema económico sigue siendo el problema que frena la expansión del modelo, no considerándose rentable como modelo de negocio.

Lo que pasa es que también está descendiendo el índice de natalidad [...] pero a nivel de parto en casa el índice está creciendo [...] nosotros hemos tenido una época que también relacionamos con el tema de la crisis económica evidentemente porque en el momento que tienes que asumir esto a nivel privado, a nivel económico la gente está como está, hemos tenido unos años de bajón. por otro lado como somos más nos tenemos que repartir [...] hay muchas salas de parto natural en los hospitales [...] y claro que dicen “lo intento por aquí porque claro voy a ahorrar unos mil euros” [...] generalmente todos los equipos estamos cobrando entorno a dos mil, dos mil y algo, hay algunas que mil ochocientos pero más o menos el precio viene estando por ahí. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

El parto en casa no es rentable. Para vivir de eso en este país cada profesional tendría que asistir un mínimo de 3 partos al mes, para poder sacar algo de dinero y poder vivir si solo te estas dedicando a eso. Pero, cuando hay un equipo, son dos o tres profesionales, y se deben asistir 6 o 7 partos al mes [...] Para la seguridad social no es rentable el intervencionismo. Hay muchos costes [...] aquí se intenta por parte de la administración que el número de cesáreas baje, porque eso aumenta muchísimos costos [...] Entonces, digo, es rentable, sí es rentable para el privado. Pero para el sector público es todo lo contrario. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Al mismo tiempo, la coyuntura del movimiento español en su desarrollo histórico enuncia un funcionamiento más local y minoritario. Por mucho que ciertas entidades como *La Plataforma Pro Derechos del Nacimiento* o *El Parto es Nuestro* hayan intentado aglutinar las asociaciones por el parto humanizado en el territorio español, realmente ninguna termina de hacerlo y por eso se percibe como pionera en este campo, tal como muy bien traducen los siguientes relatos:

Creo que cada grupo que es más local [...] conoce más las peculiaridades de este lugar y sabe también donde las puede defender mejor [...] pues también depende del equipo de gobierno que tienes en aquel momento... igual según el gobierno que tengas pues la estrategia va a ser diferente. A mí no me parece mal ¿no? que cada lugar o haya diferentes grupos que reivindiquen lo mismo [...] que podemos hablar perfectamente [...] muchos de estos grupos forman parte de la Plataforma Pro Derechos del Nacimiento, de alguna forma la Plataforma era, o debería ser la aglutinación, el encuentro de estos grupos también. (Comunicación personal, Activista, grupo B)

Creo que si piensas en cuántas, en las que somos, las que hemos sido, creo que hemos tenido mucho impacto con muy pocos recursos. Porque casi nunca hemos tenido ni una sola subvención [...] hoy somos casi novecientas socias [...] hemos hecho mucho con muy poco, pero creo que somos realmente muy minoritarias [...] Desde *El Parto es Nuestro*, yo estoy realmente muy contenta de todo lo que hemos hecho, pero soy muy consciente de que somos muy, muy, muy minoritarias y que la mayoría de la sociedad no está tan interesada nada de todo esto, creo que la sociedad todavía no está en eso, por eso te digo que somos pioneras ¿no? (Comunicación personal, Activista, grupo A)

7 Discusión II: el feminismo por la humanización del parto

Hay una trampa enorme a partir de los 80, sobre maternidad [...] para mí la gran venta del biberón nace de las políticas de libertad, de independencia, de igualdad con el hombre y para mí eso es una trampa [...] y recuperar eso es tan sutil y cuesta tanto análisis [...] no es algo que puedas defender rápidamente como un *slogan* [...] ahí es donde nos perdemos. (Comunicación personal, Activista, grupo A)

Los relatos de autoreconocimiento feminista del grupo activista representan de forma contundente la vinculación directa de los actores al discurso feminista, aunque este no se construya desde la experiencia participativa en colectivos y/o organizaciones feministas. La caracterización autoidentitaria de los sujetos, desde su visión particular de una práctica social feminista termina por presentar más una evidencia de la relación feminismo/humanización. Por todo lo expuesto, es posible decir que existe una práctica feminista que se articula, que nace, que rompe, que tiene una peculiaridad, una mirada y una voz, que está viva y resiste, un *feminismo por un parto humanizado*.

Sin embargo, si añadimos a este *feminismo por un parto humanizado* otra radiografía del momento ya enunciada por Nancy Fraser (2015), cuando explicó que la actual crisis del capitalismo neoliberal está alterando el paisaje feminista puesto que en las dos últimas décadas las teóricas feministas se distanciaron de todo un discurso teórico social para aceptar la especialización académica al establecer diferentes corrientes de investigación disciplinaria, concebidas como empresas independientes y la crítica a la sociedad capitalista, que fue fundamental para las generaciones de feministas anteriores se desvaneció (Fraser, 2015, p. 263). Empezamos a vislumbrar un escenario lleno de sentido para comprender lo que realmente está en el fondo de la cuestión.

El feminismo por la humanización del parto se caracteriza por una *Ode* a lo individual, lo personal, lo privado, lo particular, la especialidad y no a lo político, lo social, lo colectivo, lo público de forma más amplia. Se hace uso de lo político en aras de conseguir humanizar los partos, sin que por ello se hagan propuestas semejantes a la primera ola de feminismo que abogaba por el imperativo maternal de construir una sociedad más justa y crear las condiciones para que todas las mujeres, sin diferencia, pudieran optar a los servicios de salud emparentándose con el poder médico. De hecho, lo “político” en el desarrollo histórico del Movimiento por la Humanización del Parto emerge de la experiencia “personal”. Es en este contexto que el movimiento opta por una agenda más en la línea del *laissez-faire*, de la no intervención del Estado, algo notable en sus discursos cuando adoptan la “libertad de

elección” y la “no intervención” como líneas maestras de su agenda política para el parto, bien expresado en la defensa de “parir con quien quiera, donde quiera y cómo quiera”.

En realidad, en el sentido apuesto a la creencia de una ruptura con todo un sistema médico-económico representado por la “medicina tecnocrática”, dicho movimiento sigue lo establecido por el Banco Mundial y se ampara en las evidencias científicas como discurso de legitimidad de la verdad sobre la asistencia al parto, tal como hemos notado la importancia de las recomendaciones de la OMS para el grupo.

El feminismo por la humanización del parto nació en el útero del activismo, con sus hijos, con sus frustraciones en sus partos, con la maternidad, con las ganas de cambiar la historia que es su propia historia personal. Fue un movimiento marginal en el feminismo al reivindicar el tema de la maternidad y de la defensa del parto, puesto que el feminismo estaba más ocupado por guerrear contra el patriarcado y liberar a la mujer de sus obligaciones naturalizadas a las que había sido sometida. Aun así, hubo voces feministas relevantes en la historia social de la lucha de las mujeres, como la de Rich, que sí argumentaron sobre la maternidad y el parto, reclamaban acabar con el sufrimiento del parto y defendían la des-institucionalización de la maternidad como una categoría más general que incorpora los temas relacionados con la reproducción.

Son estas voces que figuran en el imaginario de las activistas del movimiento en favor del parto humanizado las que dotaron de importancia la maternidad. Sin embargo, tales voces son representaciones de un debate muy profundo y heterogéneo o multívoco que situó algunas en favor de la medicalización del parto, como las mujeres que estaban vinculadas a la lucha de las madres a principio del siglo XX, que en realidad representan la vanguardia del actual feminismo por la humanización, al reivindicar condiciones dignas de asistencia al parto e impulsar la construcción de maternidades.

En realidad, es un debate que articuló muchas aristas, no siempre en la línea de lo que el movimiento en favor del parto humanizado acabó defendiendo sobre la no medicalización, sobre volver a lo naturalmente establecido, a la esencia de ser madre sin intervención, a la biología (con la *mamiferación* de la madre), a la libre intervención de sustancias orgánicas (que inhiben el dolor, provocan placer y aceleran el proceso), a lo orgánico, a lo vivo, aquello basado en el “amor natural”, es decir, el feminismo por la humanización del parto restringió su reivindicación al nacimiento, al cuerpo de las mujeres en el parto, a lo positivo y a lo negativo que pueda haber sido el parto, a la experiencia personal y a la esencia materna que

no tiene por qué ser medicalizada, defendiendo, por tanto, que el parto o el cuerpo sean libres, naturales, mamíferos, no intervencionistas y no medicalizados.

Solo así, tal como muy bien articuló Odent, la experiencia de la madre será placentera y la del bebé también, augurio de un *ser* en armonía con el entorno al no haber sufrido violencia. Ello en clara sintonía con la idea de lo que se presupone que es un modelo *natural* de parto, de aquí el apoyo en la antropología que ha evidenciado este tópico, “modelo tradicional”, así como todo tipo de objetos instrumentalizados que siguen este modelo (caso del canguro, las cuerdas, los rituales con la placenta y prácticas corporales de asistencia al parto de comunidades tradicionales entre otros), que anuncia la construcción de nuevas tecnologías.

Considero importante añadir un apunte sobre mi propia experiencia como *doula*, que registró cómo las mujeres de las favelas brasileñas a las que impartí cursos de formación de parto no respondían a este modelo natural de parto que tanto esfuerzo dediqué a explicar. Además, de este modelo que enarbola lo *natural*, y sin trazar contradicción alguna, la reivindicación de parto humanizado se basa en otro presupuesto del sujeto libre, bien informado, que lo hace nacer libre de ataduras, y en el que el estado ya no es visto como el protector, en claro paralelismo con la propuesta neoliberal.

En este punto, la libertad de elección es central en la forma de parir y nacer. Si es verdad que la ley del *imprinting*, descrita en la tesis de Luzes (2007) “de que la primera impresión es la que queda”, es importante que el hijo nazca naturalmente, en un parto respetado. Porque según Sfez (1996) “Aquello que se hace por uno mismo, que crece por uno mismo [...] ora, la naturaleza o el natural no necesita de ayuda, ninguna necesidad de concierto, lo que ella hace, hace bien” (p. 79)¹⁰¹. Es decir, en la misma línea que las tesis de Odent, el bebé libre es un imperativo: es la cara de la no-violencia. Gestado, parido, lactado, creado en un cuerpo autogestionado, que trata de producir el *survivalista hominem*, libre de la intervención, del control, de la injerencia del Estado. Incluso, es representado como una especie informacional, neutral, políticamente correcta, ejemplificado en su máxima expresión por el robot Sofía. Ejemplo de un buen espectro del porvenir de una sociedad neoliberal.

Las utopías que nacen del feminismo por el parto humanizado expresan la ambigüedad política en la medida que vindican pautas que justifican su aparición: el Estado excesivamente protector, intervencionista, paternalista. Y crean una resistencia que abre el camino a la reconciliación con la madre, potencia que debe descubrirse puesto que toda mujer

101 Traducción libre del original.

la lleva dentro de sí, que puede elegir libremente. Lo que importa es que pueda parir como quiera, donde quiera, con quien quiera.

El discurso feminista por la humanización –se trata del útero-comunicativo, del útero-informativo, del útero-que-elije, que crea, etc.- es palco catalizador de las libertades, donde se realiza la ley máxima e imprime la ley básica del neoliberalismo: la elección. La igualdad es solo una palabra, en el mar multicultural de los enunciados que vindican derechos humanos. El feminismo por el parto humanizado habla de resistir con el útero, revolucionar con el útero, crear orden con el útero, el orgullo del útero: de cómo las mujeres liberan sus úteros del control institucional. De tal manera que el discurso parece encarnar en su memoria una lucha que reclama el derecho a la reproducción digna de seres humanos, sin que por ello se replantee la relevancia que ocupan los determinantes sociales como marco fundamental para la garantía de un alto patrón de salud. De hecho, es una revolución del útero –del placer, la magia de la naturaleza, la violencia, la frustración, la rabia y el robo– lo que caracteriza este feminismo que vindica un parto humanizado. Con una agenda política muy concreta que se fundamenta en informar sobre las opciones, en garantizar la satisfacción, sin que esto represente una oportunidad concreta, para todas las mujeres. Porque tal como ya he comentado, ello no está diseñado para mujeres vulnerables, tal como me sugirió mi propia experiencia en Brasil con las mujeres del barrio de la Várzea que no tenían dudas en decidir si daban a luz en casa (de forma tradicional) o en el hospital en condiciones medicalizadas pero seguras.

Este estado de la cuestión termina por anunciar el fin de las oportunidades por el derecho social fundamental a la vida y a la salud, donde el respeto como valor fundante del cuidado y del reconocimiento de la dignidad de la persona no sea tratado como una mercancía cuando debería ser una expresión máxima de las garantías constitucionales de los ciudadanos, una cuestión de justicia. En este sentido, se hace imprescindible recordar lo que De Beauvoir ya alertó en su día: “Nunca se olvide, que basta una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres sean cuestionados. Esos derechos no son permanentes. Tendrás que mantenerse vigilante durante toda su vida”. Finalmente, una vez más vamos a releer y reescribir la historia del Movimiento por la Humanización del Parto con el propósito terminar de explicar cómo se han engendrado las líneas clave de los discursos que se acaban de discutir.

PARTE III: Arqueología del discurso del parto humanizado

8 Una re-lectura de la historia del movimiento por la humanización del parto

Todo lo que podemos hacer cuando decidimos estudiar un asunto es describirlo de una manera particular, que viene a sumarse a otras descripciones posibles.

Jurandir Freire Costa

En los siguientes apartados expongo una revisión histórica que permite comprender las voces de las activistas en favor del parto humanizado en España. En realidad, se trata de realizar una *arqueología histórica y de sentido del discurso del parto humanizado* para acabar de profundizar en él y así entender todo lo que realmente lo articula, lo que se esconde tras él, los hilos que lo mueven. Para ello, realicé un análisis de los sucesos históricos que promovieron y ayudaron a tejer toda una argumentación sobre el parto, a través del análisis de las revistas españolas feministas de la época para acabar de entender el hilo discursivo del debate que se gestó en España a partir de los años 70. Empecemos esta re-construcción por la aparición de las vanguardias obstétricas en la ex-URSS.

8.1 Parto y feminismo: el triunfo de Stalin y el parto sin miedo

Para empezar a comprender la aparición del Parto sin Dolor en 1920 debo exponer lo que sucedió en la URSS para que surgiera todo un discurso sobre el parto, partiendo de unas preguntas iniciales: ¿Qué pasó en la URSS pos-revolucionaria para que apareciera toda la inversión discursiva del gobierno comunista en el Parto sin Dolor? ¿Cuál era la situación social y política de las mujeres en la época de la pos-revolución? ¿Era el Parto sin Dolor una petición de las mujeres?

Según Voronina (1990) se puede hablar de un cambio muy drástico entre lo que sucedía en Rusia antes de la revolución y después de esta. De hecho, la revolución, en palabras de esta autora, promovió toda una serie de cambios que impactaron la vida de las mujeres. Antes de esta, Rusia era un país fundamentalmente agrario, la mayoría de la población era analfabeta, el trato hacia la mujer era tradicionalista y patriarcal. Es así como se consideró que la revolución necesitaba empezar desde cero, desde la alfabetización y por iniciativa de mujeres vinculadas al partido y dirigentes del nuevo Estado, como es el caso de Alejandra Kollontai. Con colaboración de otras mujeres se empezó una lucha por la construcción de una nueva mujer, una mujer libre. En 1918 se celebró el Primer Congreso Nacional de Mujeres Trabajadoras y Campesinas e ya a partir de este periodo, se crearon los departamentos de la

mujer en el interior de los comités del partido y en los *soviets* (consejos) de diputados del pueblo, con la colaboración de las mujeres que se ocupaban de las tareas de alfabetización, distribución de libros, orientación en higiene y sanidad, promoción de trabajos para las mujeres y la organización de los primeros jardines de infancia que ayudaban a las mujeres a entrar en contacto con la vida social y política (Voronina, 1990). Tal como enunció esta autora:

El año 1918 se puede considerar como un punto de partida para la solución de la cuestión de la mujer en la URSS, pues cuando la igualdad de la mujer y el hombre en todas las esferas de la vida (derechos civiles y jurídicos, en el trabajo, en la educación, en la familia) fue no solamente proclamada, sino también fijada en la primera constitución soviética y en otra serie de disposiciones y leyes. Tras esto y a lo largo de todo el país empezó a realizarse entre la población un intenso trabajo de propaganda y educación con objeto de introducir todos estos principios en la vida del país y superar la conciencia y el trato patriarcal imperantes (Voronina, 1990, p.28)

De acuerdo con Voronina (1990), el movimiento de la mujer en la lucha por la igualdad en aquellos períodos se expandió y encontró el apoyo de los hombres; la sociedad fue cambiando los hábitos atribuidos a los sexos debido a la independencia económica, la educación igualitaria y la independencia jurídica. En 1920, año en que se procedió a los primeros experimentos con anestesia natural, ya se discutía en la sociedad soviética sobre la relación hombre-mujer, el matrimonio y la familia, el amor libre, el deber de los padres, la educación de los hijos, la libertad de la mujer para mandar sobre sí misma y sobre su cuerpo. Por lo tanto, entre los años 1920 y 1930, el matrimonio, la familia y la vida privada fueron temas secundarios, mientras que lo principal en la vida tanto para los hombres como para las mujeres era el trabajo, el servicio y la sociedad (Voronina, 1990, p.28).

Relató Voronina que en 1930 apareció la idea de que los problemas de las mujeres ya estaban resueltos en la sociedad soviética, puesto que ya se encontraban en condiciones de igualdad con los hombres; y fue por órdenes de Stalin que se disolvieron los departamentos de la mujer en los comités del partido y en los órganos de dirección soviéticos. Así la máxima de que “la cuestión de la mujer está resuelta en nuestro país definitivamente” aplastó toda la serie de iniciativas que venían desarrollando las mujeres en aquellos años (Voronina, 1990; *Poder y Libertad*, 1991). Más aún, tal como enunció la autora, cuestiones relacionadas con la vida de las mujeres, como la igualdad de obligaciones familiares y de los padres, y el desarrollo de la industria de bienes domésticos y de servicios sociales permanecieron sin solución y no llamaron la atención del movimiento feminista, ni de sociólogos o dirigentes soviéticos.

Cuando en su momento los teóricos del marxismo decían que la integración de la mujer en el mundo laboral es un fenómeno indudablemente progresista y que constituye la base de la emancipación de la mujer insistían en que todas las cuestiones domésticas deben resolverse por la sociedad de una forma industrial. La mujer debe liberarse de los temas domésticos [...] Para ser justos hay que decir que en determinados períodos de nuestra propia historia realmente no hubo posibilidad material para el desarrollo de servicios sociales. Me refiero al período de industrialización (años 30), el período de la guerra y de restablecimiento de la economía (años 40). Sin embargo, a partir de los años 50, esta cuestión se podría haber empezado a plantear y resolver. ¿Por qué no se hizo? ¿Y por qué, dándose todas las condiciones para la igualdad de la mujer y el hombre, en los trabajos domésticos y en las obligaciones familiares no se han dividido los papeles? Creo que esto constituye uno de los elementos más difíciles en la lucha contra la visión del mundo patriarcal: el reconocimiento de la justicia de la división del trabajo en las tareas domésticas entre el hombre y la mujer dentro de la familia (Voronina, 1990, p.30)

Según las editoras de la revista *Poder y Libertad*,¹⁰² en 1931 fueron creados “sectores feministas” en el interior de los departamentos de agitación y propaganda, en los comités del partido más diversos que actuaron como órganos de control y propaganda. Las conferencias femeninas de trabajadoras industriales o *koljosianas* preparadas por los partidos eran celebradas con guiones trazados por ellos; en los años 30 se inició pues un nuevo giro de la violencia machista sobre las mujeres y hasta la muerte de Stalin la igualdad de derechos estaba determinada por su adhesión a la industrialización del país, la colectivización agrícola y las demás formas de construcción socialista (*Poder y Libertad*, 1991a, p.9).

En ese sentido, las mujeres fueron tratadas como sujetos de segunda categoría; pese a que el Estado liberó a las mujeres del poder del esposo o del padre, esto lo hizo con el fin de tener el exclusivo control sobre ellas (*Poder y Libertad*, 1991a, p.10). Según Fraser, 20 años después de la revolución, el aborto volvió a ser un crimen, se suprimió la homosexualidad y el feminismo se consideró desleal al régimen de Stalin, a tal punto que podía significar el fusilamiento o la cárcel. Asimismo, las mujeres fueron eliminadas de los altos niveles de la vida pública, del gobierno y del Partido Comunista (Fraser, 1991, p.13). Sobre la situación doméstica tenemos lo siguiente:

La horrible pobreza del país hizo imposibles los cambios para acabar con la servidumbre de la mujer en el hogar. Pero en lugar de decir humildemente “Nos consideramos demasiado pobres y atrasados para proveer ahora de cocinas colectivas, de guarderías infantiles y de otros servicios necesarios para poder liberar a las mujeres”, Stalin convirtió la empobrecida necesidad en una virtud y un principio político. Inventó el mito de la “familia revolucionaria nuclear” como tapadera política para encerrar a las mujeres en la esclavitud doméstica. (Fraser, 1991, p.15)

102 Tomé la revista como fuente de datos para explicar este escenario histórico. Ver *Poder y Libertad*. (1991a). La experiencia soviética de la emancipación de la mujer: el análisis feminista. *Poder y Libertad*, 12, 6-10.

La autora relató que a partir de entonces tener hijos llegó a ser un mandamiento social. Las personas que no tenían hijos tenían que pagar impuestos, mientras que las madres recibían 50 rublos al mes, y a las mujeres que tuvieran 10 hijos o más se les entregaban medallas y se las honraba con el título de “Madre heroína” (Fraser, 1991, p.13). Según Voronina (1990), se constató que la iniciativa de las mujeres fue “aplastada” y a través de una intensa propaganda, se trató de “devolver a las mujeres a la familia” (Voronina, 1990, p.31) y de frustrar los intentos de emancipación de las mujeres fuera del hogar:

En esto van nuestros periodistas la panacea para la “salvación”, el “fortalecimiento”, la “estabilización” de la familia moderna; la panacea contra la frustración infantil, la delincuencia juvenil, contra los divorcios. La lógica que funciona aquí es muy simple y sin demasiada complicación filosófica: la familia tradicional era fuerte (no importe por qué y a qué precio); la familia tradicional partía de la base de la presencia y trabajo continuos de la mujer en casa, de su sacrificio, que se suavizaba con ropa “especialmente para mujeres”. Por tanto, siguiendo con el razonamiento brillante periodista, para fortalecer la familia lo que hay que hacer, es coger la mujer y meterla en casa. (Voronina, 1990, p.31)

Este proceso contrarrevolucionario a la emancipación de las mujeres y a su reconocimiento como personas iguales se desarrolló a lo largo de la llegada de Stalin al poder, y siguió tras su muerte hasta alcanzar su forma más acabada en los años del gobierno de Gorbachov a finales de los 80 y principios de los 90, es decir, el nuevo argumento de liberación para las mujeres rusas fue la vuelta al hogar. Incluso, a finales de 1980 Gorbachov propuso que las mujeres “deberían dejar los empleos para los hombres y dedicarse en exclusiva a las tareas milenarias: la reproducción, el trabajo doméstico, el mantenimiento de la fuerza de trabajo, el cuidado de los ancianos, enfermos, asociales juveniles. Así se ahorraría dinero al Estado y no se les hace competencia a los padres” (*Poder y Libertad*, 1991b, p.38). Es decir, según las declaraciones programáticas enunciadas por Gorbachov en su libro *Perestroika*:

Las mujeres soviéticas dedicarán más tiempo y energías al cuidado de la familia y de los hijos, seguirán siendo –como han sido llamadas siempre por la dirección de PCUS– la columna vertebral del Estado Soviético rindiendo los servicios más importantes para la patria: el cuidado de la familia y de los hijos. (*Poder y Libertad*, 1991b, p.38).

Hasta aquí la situación de las mujeres rusas desde la voz de las feministas que a su vez explican la aparición y el desarrollo de una de las vanguardias obstétricas del parto humanizado en URSS, esto es, el “parto sin dolor”. Tal reconstrucción histórica del período, nos permite entender por un lado cuándo aparecen las primeras experiencias con analgesia en el parto por Platonov y Velvoski en 1920, y por otro, la promulgación del decreto del

gobierno ruso en 1951 para la generalización del método “que debe reformar la mente de la mujer” creada bajo la idea de que el dolor en el parto era inevitable e inalterable (Vellay et al., 1967, p.29). Es en realidad una respuesta contrarrevolucionaria al intento de las mujeres rusas de alcanzar la igualdad de *estatus* con los hombres en el contexto de una nueva economía socialista.

Ello es así porque tal como explicó la feminista rusa Olga Voronina, las mujeres han constituido una parte decisiva del proletariado industrial y agrícola. Su propia identidad es una figura peculiar del proletariado, el reproductor y trabajador exclusivo del modo de producción doméstico. La mujer es un subproletariado encargado de sostener la vida y la continuación de la especie en condiciones agudas de explotación y de opresión (Voronina, 1991, p.30). Vista así, la respuesta de los dirigentes rusos fue desarrollar una técnica de asistencia al parto sin dolor que condicionara la alegría de las mujeres con sus partos y su consecuente retorno a las funciones reproductivas. Toda esta ingeniería humana fue diseñada para “adaptar” a las mujeres de una vez por todas al parto, teóricamente fundamentada por la pedagogía de Pavlov. Un parto de la economía intervencionista de Estado, que se debe controlar, dirigir, planificar e intervenir:

Para que la mujer pueda conseguir una actividad bien dirigida es necesario, por tanto, darle una educación racional para: 1) Suprimir las emociones negativas, mostrándole que el parto es un acto fisiológico y natural; 2) Crear emociones fuertemente positivas, mostrándole todo el valor y enriquecimiento que la maternidad trae a la mujer. Se debe pues crear un clima de absoluta confianza; 3) Una enseñanza metódica permitirá a la mujer aprender a dar a luz, así como aprendió a leer y escribir. Ella precisa comprender el valor de su participación activa en el parto, y aceptar la parte que le compete. El parto es un proceso que la mujer podrá acompañar, controlar y dirigir. Finalmente, con entreno práctico, ella creará un mecanismo de defensa y adaptará el organismo al trabajo de parto [...] Se debe popularizar el método para que produzca al máximo. Solamente cuando se instruya toda la población a través de servicios públicos, sin perjuicios u oposición, es que el método se presentará en toda su eficiencia. (Vellay et al., 1967, pp.40-41)

En resumen, en la historia de la lucha feminista de las mujeres rusas existe una clara función de control femenino en el diseño político y económico del socialismo autoritario, que quiso reprimir todo el intento de avance logrado por las primeras políticas de Lenin tras la revolución; no existe, por lo tanto, una justificación feminista para la aparición del método “Parto sin Dolor” en este período pos-revolución.

Un proceso semejante se encuentra en el método gemelo del parto sin dolor, el “parto sin miedo” desarrollado en la cuna del capitalismo, en Inglaterra, en 1933, cuando Grantly Dick Read lanzó su tesis de que “es el miedo que genera tensión (contractura muscular) que causa

el dolor” (Vellay et al., 1967, p.13). Sin embargo, cabe preguntarse: ¿Qué pasaba en el seno del movimiento feminista de aquellos tiempos? ¿Cuál era la pauta central del movimiento y la situación de las mujeres? Según Lewis (1996), en los años anteriores a la Primera Guerra Mundial, la idea de intervención estatal entre las feministas era radical y la aceptación de la división por género del trabajo dentro del hogar y fuera de él reflejaba la condición real de las mujeres obreras cuanto tenían que desempeñar un trabajo a tiempo completo, además de tener muchos hijos y afrontar onerosas labores domésticas (p.141).

Las prestaciones familiares y las campañas para aumentar su cuantía fueron y siguen siendo una solución válida para el problema que existía en cuanto a la división desigual de recursos en el seno familiar y venía siendo un debate desde el siglo XIX propuesto por la feminista Eleanor Rathbone, que luchaba para que las mujeres recibieran una compensación por su trabajo como madres (Lewis, 1996, pp.140-141). Entre 1910 y 1924 hubo un consenso entre las principales organizaciones feministas, como *Women’s Labour League* – WLL (Liga de Mujeres Laboristas), *Women’s Industrial Council* – WIC (Consejo Industrial de Mujeres), *Women’s Cooperative Guild* – WGG (Gremio Cooperativo de Mujeres) y *Fabian Women’s Group* – FWG (Grupo de Mujeres Fabianas) sobre la necesidad de obtener ayudas materiales para las mujeres obreras que permitiera mejorar su condición de esposas y madres (Lewis, 1996, p.150).

Sin embargo, tanto el FWG como el WIC se dieron cuenta de que la seguridad social como una medida económica ofrecía muy poco a las mujeres y que en realidad intensificaba la tendencia en considerar la condición de madre y mujer como carente de valor pecuniario. El movimiento opinaba que el Estado debía intervenir para ayudar a las esposas y madres, proporcionando educación e información, pero también mejores servicios de maternidad y ayudas económicas, si bien en los años que antecedieron a la Primera Guerra, los grupos de mujeres y reformadoras sociales independientes no tenían claro cuál era la mejor forma de intervención estatal (Lewis, 1996, pp.150-151).

Asimismo, la preocupación humanitaria por la pobreza infantil fue el tema más fuerte dentro del movimiento por los subsidios familiares, inclusive recibió apoyo de *Eugenics Society* (Sociedad de Eugenesia), puesto que confiaba que los subsidios fueran una solución a la cuestión demográfica (Lewis, 1996, p.162); fueron unas 20 empresas las que adoptaron hacia 1939 el sistema de subsidios familiares que fundamentalmente garantizaba un salario que permitía vivir a los que tuviesen familias numerosas (Lewis, 1996, p.163). Empero, entre

1940 y 1945, el sistema de pago sufrió una serie de modificaciones y reglamentaciones hasta llegar a una suma que no era suficiente para solucionar la pobreza infantil, y tampoco un incentivo para tener hijos (Lewis, 1996, p.164).

Es interesante ver que bajo este contexto, en 1936 apareció una iniciativa por parte de Stella Browne, Dora Russell y otras mujeres socialistas que consistía en formar la *Asociación para la Reforma de Ley del Aborto (ALRA)*; ellas veían que no solo era una necesidad indefectible para la emancipación de la mujer, sino que sobre todo tenía que ser un servicio público para todas las mujeres (Soria, 1977, p.50).¹⁰³ Sin embargo, estas voces no reflejaban el feminismo de las laboristas de aquellos tiempos:

Las laboristas daban por sentado que la mayoría de las mujeres eran esposas y madres, y seguirían deseando serlo. Como otras feministas de los años entre-guerras, dejaban constancia de las diferencias que prevalecían entre los sexos, sin considerarlas totales, “naturales” ni inmutables, y aspiraban a un feminismo que valorase y no devaluase el hogar ni la experiencia maternal de la mujer, pero tampoco el trabajo femenino remunerado. En realidad, para ellas el hogar era la base potencial de la capacitación de la mujer, más que la fuente inevitable de su esclavitud [...] También daban por supuesto que en la situación presente las madres eran las principales responsables de sus hijos, pero no consideraban positivo que esa situación perdurase. Defendían, por ejemplo, la creación de guarderías tanto para los hijos de mujeres que participaban en el mercado laboral remunerado como para las que trabajaban en casa, de forma que tuviesen tiempo libre para dedicarse a otras actividades de ocio, educación, política o voluntariado, y para el desarrollo personal. (Thane, 1996, p.177)

Según Thane (1996), durante la Primera Guerra Mundial, junto con otras organizaciones de mujeres, las laboristas emprendieron la lucha por mejores servicios de maternidad. Para los políticos esta lucha coincidía con la necesidad de sustituir los varones muertos en las trincheras y garantizar los soldados del futuro. Lo que demandaban las laboristas era la participación de las mujeres de la clase obrera en la administración de estos nuevos servicios, idealmente integrados en un servicio de maternidad global y estatal, como parte de la política oficial del Partido Laborista en Reino Unido. Así, “en 1922, incluía servicios médicos gratuitos para toda la población, ayudas ‘domésticas’ para las madres, alimentos y leche gratuitos o a bajo precio para embarazadas y lactantes, así como para niños en edad escolar o más pequeños” (Thane, 1996, p.194).

En 1915 el Gobierno Central de Reino Unido subvencionó clases para enseñar a las mujeres conocimientos prácticos sobre maternidad; en 1916 una formación más prolongada y rigurosa para las comadronas; y en 1917 más fondos para estas, médicos y servicios de

¹⁰³ Para las editoras de la revista *Vindicación Feminista*, esta fecha es significativa porque indica los años que tuvieron que pasar hasta 1967, fecha en que el proyecto de Ley sobre el aborto se permitió en ciertas circunstancias (*Vindicación Feminista*, 1977, p.55)

parto, especialmente en las regiones más pobres del país (Thane, 1996, p.195). En 1918 la Secretaría General del Gremio Cooperativo de Mujeres, Margaret Llewely Davies, postuló una “dote estatal para las madres” que se debía combinar con una ampliación de los servicios de salud, bienestar social, vivienda y enseñanza, destinados a garantizar todo lo que los padres pobres no podían proporcionar a los niños. Según Llewely estos pagos realizados por el Estado darían a las mujeres más libertad e independencia, redistribución de riqueza, aumento del poder adquisitivo y fortalecimiento de los trabajadores en huelga (Thane, 1996, p.202). Todas estas reivindicaciones por parte del movimiento laborista hasta su adopción en 1945 fueron las condiciones históricas que permitieron la aparición del “Parto Sin Miedo” en Reino Unido. Al construirse un escenario muy propicio para las técnicas en el parto con un cierto aire pronatalista. Por último, estos datos explican también la serie de discursos que dieron lugar a las primeras ideas que fundaron la *Medicina Basada en Evidencias*. Veamos a continuación cómo se produjeron.

8.2 La medicina basada en evidencias: una introducción a las necropolíticas del parto

En la década de los 70, tras la conquista de los derechos sociales de las madres que tuvo lugar en 1945, Reino Unido sufrió los impactos de la crisis del capital que tuvo efectos a nivel mundial. Durante este tiempo, “el crecimiento del desempleo como de la inflación se disparó [...] La caída de los ingresos tributarios y el aumento de los gastos sociales provocaron crisis fiscales en varios Estados, Gran Bretaña, por ejemplo, tuvo que ser rescatada por el FMI en la crisis de 1975-1976” (Harvey, 2007, p. 18).

En este contexto, en 1971 Nuffield Trust, un *think tank* británico constituido en 1940 por el fundador de Morris Motor Company, el Visconde Nuffield (Willian Morris), ofreció una beca (Rock Carling) al médico y epidemiologista británico Archie Leman Cochrane con el fin de que este escribiera un libro sobre la evaluación del *National Health Service* – NHS (Servicio Nacional de la Salud Británico). Este hecho fue muy importante puesto que la beca permitió que Cochrane escribiera la obra inaugural de la Medicina Basada en Evidencias publicada en 1972, titulada *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. En la exposición de lo que ha significado esta obra se puede hallar una parte del discurso del activismo en favor del parto humanizado, que fue construido desde los años 1970 hasta 1990 con la publicación de las recomendaciones de la OMS.

Uno de los primeros argumentos utilizados por Cochrane para justificar una evaluación del

NHS en aquellos momentos fue que los gastos en los hospitales iban en aumento, con una tasa razonable de 4% (en 1968); además señaló que estos gastos eran crecientes en vista de que el NHS “ha empleado a un número creciente de médicos, enfermeras y otro personal, ha realizado un número creciente de pruebas diagnósticas, ha prescrito más medicamentos, etc.” (Cochrane, 2000, p.14).

Para comprender el efecto de lo que él llamó un incremento considerable del “input interno”, Cochrane observó los cambios en las tasas de morbilidad y de la mortalidad durante el período de actividad del NHS y constató que se daba “un cuadro tenebroso para los *homens* donde la falta de cambios en la esperanza de vida” era una constante. Por consiguiente, la valoración del autor sobre el cuadro de salud “es deprimente. No hay duda de que el tiempo perdido y certificado está aumentando”. Al mismo tiempo, aseguró a los médicos que trabajaban en el NHS, “la relación bruta de días perdidos por enfermedad certificada/días perdidos por huelgas es de alrededor de 100 a 1 [...], por lo que de manera superficial se podría concluir que si las huelgas son una amenaza para nuestra economía, el NHS debe ser un desastre”. Puede decirse que Cochrane (2000) parecía bastante preocupado por “las dificultades en la comparación de los efectos económicos de las dos maneras de perder un día de trabajo” (p. 18).

Asimismo, indicó que muchos médicos no aplican tratamientos eficaces o en su defecto, trabajan en áreas que no son de su especialidad; de igual manera, atribuyó a los pacientes el deseo por vacacionar dado que muchas industrias tienen ventajas financieras para “bajas certificadas”. A razón de lo anterior, Cochrane propuso varias alternativas de solución, entre ellas el fin de la “baja certificada”, el aconsejamiento de los médicos, el programa educativo para comprender la necesidad de reposo por razones terapéuticas o por deseo de vacaciones e incluso el fin de los incentivos industriales a quien está de “baja certificada”.

Para él, los datos sobre el aumento de los costes en el NHS y sus efectos solo “dan pruebas sugestivas sobre el período del NHS”, por tanto, se hace necesaria una ojeada sobre la eficacia y la eficiencia de los tratamientos que se aplican (Cochrane, 2000, pp.12-20). Ello llevó a Cochrane a una reestructuración del servicio de salud pública británico, motivada por los intereses económicos de sus financiadores. Así lo argumentó en su obra. Y Nuffield Trust (s.f.), por su parte, pretendió convertirse en una voz fiable con la reforma de los servicios sociales. En consecuencia, no es descabellada ni infundada la fuerte crítica que Cochrane realizó a los servicios sociales británicos siguiendo la línea de sus financiadores:

He señalado los desastrosos efectos inflacionistas de las viejas tradiciones por las que parece haber un frasco de medicinas, una pastilla, una operación o una vacaciones para curar todos los sufrimientos, y los servicios sociales parecen estar andando exactamente en la misma dirección desafortunada que la medicina cuando sugieren que en donde haya una “necesidad” social, se debe destinar a un asistente social, haya o no pruebas de que el asistente social puede alterar la historia natural del problema social. Esto ya es suficientemente deprimente. (Cochrane, 2000, p. 69)

Así pues, en su obra surgió el discurso de la evidencia “haya o no pruebas” y se tejió todo un lenguaje económico neoliberal con el fin de analizar el sistema británico, interesado en los “resultados óptimos del gasto nacional dedicado al NHS” (Cochrane, 2000, p.1). Ello fue premonitorio de una moda discursiva de los años 70 en el campo de la salud, que tiene que ver con el análisis del coste y beneficio. Es probable que estas sean las “muy buenas ideas” de sus amigos Dick Cohen y Max Wilson, quienes “dieron mucha información, un poco de dinero, muchos contactos y mucha diversión”.

En este sentido, me gustaría señalar algunos campos discursivos de su obra que representan datos de sumo interés para esta tesis. Veamos un primer aspecto que Cochrane deconstruyó atinente al papel del médico y la medicina, crítica que constituye un lugar común en el discurso activista a favor del parto humanizado. Para él, la palabra “igualdad ha sido demasiado utilizada por los políticos de la medicina” (Cochrane, 2000, p. 3). Por esta razón, utilizó la experiencia alemana de tratamiento con pocos recursos en los campos nazi (Cochrane, 2000, p.5) y sugirió que los médicos no tenían capacidad de autorregularse profesionalmente dentro de un sistema tutelado por el Estado. Igualmente, Cochrane (2000) relató que “tenía libertad considerable para elegir el tratamiento” pero su problema era que no sabía cuál utilizar ni cuándo y temía acortar la vida de sus amigos debido a “una intervención innecesaria” (p. 6).

Por otra parte, el autor defendió el discurso alrededor del poder de la naturaleza cuando cuestionó “la relativa falta de importancia de la terapéutica en comparación con el poder de recuperación del organismo humano” (Cochrane, 2000, p. 5). Desde su perspectiva, existe una creencia acrítica en la población respecto a la capacidad de la profesión médica para curar y este hecho fue lo que según su opinión transformó de manera natural la tradición en una demanda (casi un derecho) de un frasco de medicinas (Cochrane, 2000, pp.9-10). El problema que Cochrane (2000) identificó es que la práctica médica desde los sistemas de seguridad implica una serie de “outputs” (p. 13), es decir, que las decisiones médicas, la prescripción de medicamentos, la realización de pruebas diagnósticas, los ingresos, etc. son decisiones de compra que necesitan de “protocolos” bien establecidos para cada grupo de

signos y síntomas, con límites bien marcados para las conductas médicas (Cochrane, 2000, p. 84). Es así como nació la práctica de los “protocolos” y “recomendaciones” para la praxis médica y donde se introdujo la práctica de la “elección”. Según Cochrane (2000), “la principal misión de los administradores médicos es efectuar elecciones entre diversas alternativas. Para que puedan realizar las elecciones correctas, deben poder disponer de datos exactos y comparables sobre el beneficio y el coste que representa cada una de las alternativas” (p. 27).

El desarrollo de esta obra se dio en el escenario de la reciente creación del Departamento de Proyectos Demográficos del Banco Mundial (Rizzotto, 2000). Como veremos, todo el discurso y el análisis del autor sobre la situación de la obstetricia y del parto pasa por la defensa del control de la población, que después se convierte en una de las líneas maestras del discurso de humanización del parto basado en evidencias. Esto es, a partir de la publicación en 1989 de la primera revisión sistemática de ensayos clínicos randomizados con el embarazo y el parto por parte de Chalmers y colaboradores con el título “Effective Care in Pregnancy and Childbirth” (Luzes, 2007). Su obra aparece históricamente como una legitimidad científica del proyecto de control demográfico basado en el desarrollo de ideas que se estaba diseñando en el interior del Banco Mundial. A continuación, señalo algunos enunciados clave del discurso de Cochrane para acabar de mostrar cómo todos ellos influenciaron en el discurso posterior, especialmente el de la humanización del parto.

Tabla 5. *Discursos de Cochrane sobre el parto*

Categorías	Discurso	Análisis
No intervención	<p>“No se han publicado datos convincentes sobre una caída más rápida de este índice de mortalidad en regiones en las que ha habido una amplia cobertura de la población femenina, comparadas con regiones en las que esta actividad se ha realizado menos” (Cochrane, 2000, p. 29).</p> <p>“Los sucesivos comités han recomendado aumentar cada vez más el porcentaje de partos que se realizan en los hospitales [...] Holanda, con un tasa de parto domiciliario que se</p>	<p>Un aspecto notable es que el autor no utilizó ningún dato estadístico para enunciar esta “evidencia” de que no intervenir a nivel de salud pública de hecho producía mejores resultados perinatales. La construcción de este tipo de enunciado es una marca de las publicaciones médicas bajo este paradigma. Además de incorporar un discurso claro de anti-universalidad y des-hospitalización de la asistencia.</p> <p>Aquí aparece la reificación de Holanda como un modelo para la humanización del parto por su alta tasa de parto domiciliario que se</p>

Anti-hospitalario	índice de hospitalización por parto del 29%, muestra uno de los índices de mortalidad perinatal más bajos del mundo” (Cochrane, 2000, pp. 64-66).	quiere recuperar en este escenario y que será ampliamente enunciado como verdad por diferentes médicos estratégicos del debate internacional como Michel Odent y M. Wagner, a título de ejemplo.
Anti-social Anti-derechos sociales	“Mucho más dudosa es la recomendación de suplementos de hierro y vitaminas [...] creo que sus temores sobre la posible vuelta de la medicina a las leyes de mercado son muy exagerados y creo que insiste demasiado en la desigualdad de las ‘clases sociales’” (Cochrane, 2000, pp.67-71)	Aquí empieza toda la serie de ataques a los derechos sociales conquistados por las mujeres y madres que hemos tratado en el apartado anterior. La creencia, mejor dicho, “la evidencia” de que la suplementación alimentaria para las madres carece de evidencias, como que para justificar el recorte de gastos como alimentación, una demanda de las mujeres pobres y laboristas por casi medio siglo, con lo cual queda claro su proyecto anti-medicina social en su sentido amplio.
Privatismo y cuidados domiciliarios	“El principal ahorro se produce cuando los pacientes reciben un tratamiento adecuado sin tener que ser ingresados en el hospital [...] si la inflación prosigue, el siguiente paso es inevitablemente el retorno de una gran parte del sector de la terapéutica y la curación al dominio de las fuerzas del mercado” (Cochrane, 2000, p. 87).	El autor hizo una clara defensa de los cuidados domiciliarios y creó una justificación económica para el desplazamiento de los derechos a salud para el mercado, es decir, que en este contexto ya introdujo las ideas de privatización de la salud, algo impensable hasta la emergencia del gobierno neoliberal de Thatcher.
Control de la población	“En la actualidad, lactantes con déficit físicos y mentales que habrían muerto hace 20 años están sobreviviendo en proporciones crecientes, y una parte de ellos presentan déficits múltiples. [...] El proceso es, naturalmente, la cuantificación de los diversos tipos de output; así, por ejemplo, si salvar la vida a un hombre de 20 años y restaurarle una esperanza de vida normal tiene un valor de 100, ¿qué cifra se debe asignar al cuidado de un esquizofrénico grave? [...] El problema del control de la población es el problema más importante de nuestro tiempo. [...] El control de la población no debería ser muy caro. Los contraceptivos gratuitos no costarán probablemente más que todo	Varios discursos del autor en la defensa del control de la población denotan un carácter explícitamente eugenista. Notablemente, las líneas maestras del discurso Cochrane evidencian la preocupación de los gobernantes del mundo por “acabar con la pobreza” y los indeseables que terminan por ser un coste “innecesario” para el Estado. Es de eso que se trata. Aquí queda bastante claro el papel tecnológico que ocupa el feminismo que se asocia a estas ideas en la medida en que el movimiento que emerge en estos años responde a las claras necesidades y/o se mueve en consonancia al poder gubernamental y del capital. De ahí, se puede comprender la serie de

lo que se puede ahorrar de políticas/protocolos que evocan el no prescripciones de vitaminas y intervencionismo para la atención al psicótopos, y, igual que los abortos, parto. En realidad, desde todo el plantean una demanda inferior al NHS proceso de prenatal, que incluso se que la producida por los nacimientos”. asocia como un factor de estrese para (Cochrane, 2000, pp.66-80) la madre y el bebé.

Ciencia social
como tecnología
del poder médico

“Será sustituido por el científico Aquí se explica la aparición de la médico que desee medir la efectividad antropología médica en los años 1970, y la eficiencia del tratamiento en el más precisamente toda la inversión hospital y en la comunidad, y que discursiva antropológica y etnográfica valore, junto con especialistas en sobre las culturas del parto. Las ciencias sociales, la corrección de los ciencias sociales serán decisivas para cuidados de asistencia dispensados en la expansión de la ideología basada en la comunidad” (Cochrane, 2000, evidencias por fortalecer y recuperar p.85). los conocimientos médicos tradicionales que serán una vía de ahorro del gasto estatal.

Fuente: elaboración propia

En resumen, lo que acabamos de constatar fue la introducción de una serie de ideas en el campo de la obstetricia, como por ejemplo el cuadro de clasificación de los procedimientos según su eficacia (Cochrane, 2000, p.33) que anticipa la elaboración discursiva de los protocolos que serán diseñados posteriormente con la aparición de las Recomendaciones de la OMS para el parto normal¹⁰⁴. En efecto, Cochrane (2000) creó una propuesta de asistencia basada en la epidemiología clínica, bioestadística e informática en salud (Luzes, 2007), y esta obra constituyó el trabajo inaugural de la Medicina Basada en Evidencias.

Con el propósito de seguir profundizando en el desarrollo histórico del discurso de humanización del parto, me resulta necesario reconstruir una vertiente discursiva fundamental en aquellos tiempos, la rama que ha quedado conocida como movimiento por el parto natural en EE.UU.

¹⁰⁴ Por ejemplo. Las Recomendaciones sobre las Tecnologías para Atención al Parto Normal publicadas en 1996 clasifica las prácticas en cuatro grupos: Grupo A, prácticas benéficas a ser incentivadas; Grupo B, prácticas dañinas o inefectivas a ser abandonadas; Grupo C, prácticas con evidencias insuficientes, que demandan más investigación; y Grupo D, prácticas que tiene sido utilizadas de manera inadecuada” (OMS, 1996). Esta forma de clasificar los procedimientos fue notablemente creada por Cochrane en su obra.

8.3 *Birth Story*: Ina May, contracultura y nacer sin violencia

Mientras haya hombres habrá comadronas.

Dona Prazeres

Ahora debo explicar uno de los episodios históricos del desarrollo del movimiento por el parto humanizado a partir del análisis de una película documental de 2013, *Birth Story: Ina May Gaskin & The farm midwives*, dirigida por Sara Lamm y Mary Wigmore, producida por Kate Roughan y Zachary Mortensen, con una composición de Robin Pecknold y supervisión musical de Carter Little por la productora americana Ghost Robot. La película retrata una de las vertientes del actual movimiento por el parto humanizado, el “parto natural”, compartido por el movimiento hippie en el contexto de la contracultura en 1970 en los EE. UU. (Diniz, 2005, p. 629).

El film rescata la experiencia vivida por un grupo de hippies que fundaron una comunidad alternativa en un área rural de Tennessee conocida como *The Farm* y se fueron a viajar juntos en autobús por todo el país; así empezaron a tener a sus bebés *On the road* [tomando prestado el título de Jack Kerouac] con el apoyo de una mujer llamada Ina May y tuvieron que aprender y desarrollar sus propios métodos de asistencia en los partos y de cuidado para los bebés. La película muestra una serie de imágenes de la época que constituyen un registro histórico realizado por las propias comadronas de la comunidad (Cavalcanti 2014).

Para comprender cómo este grupo llegó a desarrollar estas prácticas culturales, veamos las raíces históricas del apareamiento de los hippies y del movimiento de la contracultura, unidades de análisis sumamente importantes para comprender la película. De hecho, los documentos presentados por Estulin evidencian que la cultura de las drogas fue parte de toda una ingeniería social altamente planificada, investigada y experimentada con fines políticos bien definidos. Según Estulin (2018, p. 109), “en la segunda mitad de los años 50, la CIA y los servicios de inteligencia de los aliados comenzaron a experimentar exhaustivamente con el alucinógeno LSD con el fin de investigar el potencial que tenía para el control social”. El autor explicó que fue Gregory Bateson, un veterano de la División de Investigación y Análisis de la OSS, quien motivó al poeta beat Allen Ginsberg y no solo a él, sino también al novelista Ken Kesey y a los miembros originales del grupo de Rock Grateful Dead, para que abrieran las puertas de la percepción de la Marina de los EE. UU.

Asimismo, Jim Keith, un veterano periodista de investigación escribió que existía un memorándum interno del FBI que data de 1968, en el que se menciona que se empleó a

Grateful Dead “para canalizar la protesta y la rebeldía de la juventud hacia direcciones más benignas e inofensivas”. Según Estulin, estos prestaron un servicio de importancia vital, con el que desviaban a los jóvenes hacia las drogas y el misticismo en vez de hacia la política (Estulin, 2018, pp.109-110). Dicho experimento, según Estulin, se desarrolló en más de 80 campus universitarios y contribuyó a popularizar el LSD, es decir, de acuerdo con el análisis de Estulin, los estudios sobre el empleo de los alucinógenos constatan que fue una programación que siguió lo que ya habían constatado las teorías sociales y políticas de la Escuela de Fráncfort en 1960.

El cabello largo y las sandalias, las comunas de amor libre, la comida macrobiótica, el estilo de vida libre; todo había sido diseñado a principios de siglo y había sido ensayado a fondo antes de 1920 mediante diversos experimentos sociales del movimiento Nueva Era o New Age relacionados con la Escuela de Fráncfort [...] Los planificadores sociales¹⁰⁵ que dieron forma a los años sesenta simplemente se basaron en materiales ya disponibles y llevaron el engaño un paso más allá [...] la contracultura de las drogas fue precisamente el arma que emplearon la Escuela de Fráncfort [...] Transformaron la cultura estadounidense y la desviaron hacia una matriz erótica y perversa, asociada con la actual tiranía de lo “políticamente correcto”, de la tolerancia ante el deshumanizante abuso de drogas, la perversión sexual y la glorificación de la violencia [...] producen generaciones de necrófilos (Estulin, 2018, p.112)

Este fue el *background* político que permitió toda la serie de prácticas discursivas que luego dieron origen a la comunidad alternativa *The Farm*, vertiente estadounidense del “parto natural”, fruto de la experimentación con las drogas. Los mismos autores de la película definieron la localización de toda la energía y producción cultural de aquellos años en los EE.UU., en particular en San Francisco. La película es narrada por Ina May y las comadronas que se formaron con ella y un total de 25 mujeres que constituyeron la comunidad *The Farm*. El único personaje hombre fue el esposo de Ina, Stephen, “líder espiritual y político” de la comunidad, quien inició toda la cultura de asistencia al parto y afirmó: “Éramos el grupo de las personas más intelectuales que tomaban ácido en San Francisco, la gente consumía muchos psicodélicos, los que podían darte una experiencia espiritual” (*Birth Story*, 2013, 14:04). Esta experiencia con los ácidos guiada por el liderazgo espiritual de Stephen fueron determinantes para la percepción del trabajo desarrollado por Ina May y las comadronas:

Nosotras sentimos que somos una orden de parteras espirituales, empíricas, libres y revolucionarias. Y sentimos que el sacramento del nacimiento pertenece a la familia y eso en los últimos 50 o 60 años ha sido usurpado por lo que nosotras sentimos que es básicamente un sistema orientado por la ganancia del hospital. (*Birth Story*, 2013, 01:43)

105 Los datos compilados por Estulin de este período derriban las teorías de Michel Odent en lo que concierne a que a la par de una generación de drogados surgió el proceso de medicalización del parto. Todos los documentos presentados por Estulin evidencian que la cultura de las drogas es parte de toda una ingeniería social altamente planificada, investigada y experimentada con fines políticos bien definidos. Contradictoriamente veremos que el desarrollo de la vertiente estadounidense “parto natural” es fruto de toda esa experimentación con las drogas.



Imagen 3. Escena de *Birth Story*: Ina May Gaskin & The Farm Midwives

Fuente: (Birth Story, 2013)

La película empieza con una serie de relatos y datos con los que es posible deconstruir la situación actual de asistencia al parto en el mundo. Una de las primeras críticas se centra en el aumento de la tasa de cesáreas mundialmente, según el cual una de cada tres embarazadas en los EE.UU. tendrá una cesárea. Con el fin de reforzar el argumento filmico típico de un documental activista y para asociar la cesárea al terrorismo y la violencia, la película rescata una imagen histórica sumamente importante de la historia social del parto, asociada a los seminarios del obstetra De Lee sobre el concepto de parto que fue tratado y difundido ampliamente bajo la idea de “forceps deliveries” (Birth Story, 2013, 06:33).



Imagen 4: Escena de *Birth Story*: Ina May Gaskin & The Farm Midwives

Fuente: (Birth Story, 2013)

Para terminar de reforzar la asociación del parto hospitalario con el terror Ina relató su experiencia de parto mediante todo un repertorio amedrentador cargado de violencia, alimentado por las intervenciones que ella sufrió. A partir de esta experiencia personal la autora comprendió que los partos pasaron a ser un desafío central de su vida y esta es de hecho una regularidad de todos los que se involucran con el campo.

Puede decirse que las películas con corte documental y activista sobre el parto en sus orígenes históricos fueron diseñadas y pensadas como una táctica de condicionamiento en la educación perinatal de las madres. En el curso del método “parto sin dolor”, las películas eran el último estadio de este tipo de educación. Debe saberse que el efecto de mirar un parto natural siempre ha sido impactante sobre todo el proceso pedagógico. Un relato de una mujer sobre el desarrollo de dicho método en Francia en el que dijo: “Tenía claramente delante de mis ojos los cuadros de la película que había mirado ocho días antes. La película fue muy indigesta para mí, pues que me ha dejado en shock con las imágenes” (Vellay et al., 1967, pp.196-197) ilustra bien el impacto que tienen las imágenes para las embarazadas. No es raro que además de enseñar la “realidad sobre el parto natural” las películas incorporen escenas en las que el personaje central u otros dan clases de preparación para el parto, en la medida en que esta es una regularidad discursiva del género. Así, el feminismo de la obra aparece en algunos momentos de una forma bastante sutil¹⁰⁶ y truncada.

Estas conexiones con la lucha feminista en la práctica de Ina May dejan entrever que existe una aproximación de la literatura de aquellos tiempos¹⁰⁷ a los movimientos por los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, en una escena controvertida de *Birth Story* en la que Ina expone una de sus teorías sobre cómo facilitar el parto natural¹⁰⁸ podemos observar cómo ella, en su intento de liberar a las mujeres en sus partos, refuerza lo que las activistas llaman “violencia obstétrica y machista” en la asistencia. De hecho, sus palabras son recomendaciones que seguramente no encontrarían apoyo en determinados sectores del movimiento feminista.

¿Podrías imaginarte obstetras cantando? [Risas de las alumnas] Intentemos una canción antes de cortar [risas] Tienes la mejor vagina [más risas] estoy tan celoso de tu esposo [más risas] Si

106 Como en un momento en que enuncia que “los hombres creen que sus cosas pueden hacerse grandes y luego pequeñas y no ser arruinadas” (*Birth Story*, 2013, 1:24:04).

107 Cuando pregunta en una de sus conferencias: “¿Hay alguien aquí que no haya nacido de una mujer?” se hace una clara referencia a la obra de Rich.

108 De hecho, son muchas las escenas en las que Ina enseña y expone todo su conocimiento en el campo, sus influencias teóricas, su biblioteca y diferentes autores y teorías con las cuales simpatiza. En la película también comparte su título de Doctora Honoraria por su contribución en el campo de asistencia.

este tipo de comentarios comenzaran, quiero decir, ¿qué pasaría? La mujer rompería en risas de la sorpresa y un cierto porcentaje de ellas dilatarían y pujarían el bebé solo por el cambio hormonal que ocurriría. No sé cuántas. Solo puedo especular. Pero eso es algo que me dice la intuición [más risas y palmas]. (Birth Story, 2013, 10:39)

Así pues, sus ideas para la asistencia al parto reflejan la contradicción y el conflicto político en torno a las relaciones de género que en la comunidad *The Farm* parecen muy bien demarcadas. El propio liderazgo espiritual de Stephen, que era una condición para que fuera admitido en el grupo, deja claro un proyecto que se pretende revolucionario pero en realidad no lo era en gran medida, pues las mujeres quedaban al interior de los autobuses pariendo y cuidando de los niños mientras los hombres impartían seminarios en las universidades y guiaban las trayectorias de la caravana.



Imagen 5: Escena de Birth Story: Ina May Gaskin & The Farm Midwives

Fuente: (Birth Story, 2013)

Cuando Stephen explicó cómo todo comenzó estas fueron sus palabras: “En aquellos años hubo una convención de predicadores en San Francisco y que vinieron para hablarle a los hippies para averiguar de qué se trataba el movimiento y porque se lo pasaba en sus pueblos entonces fue hablar con ellos” (Birth Story, 2013, 15:16). Una de las comadronas veteranas de la comunidad afirmó “que a los ministros les gustó tanto lo que dijo Stephen que se reunieron y dijeron, por qué no organizamos un tour de charlas, en estas épocas ya vivían en autobuses escolares y muchos de nosotros dijimos: ¿Podemos venir con ustedes?” La idea de este grupo era pues viajar alrededor del país al mismo tiempo que hablaban de la no-violencia, fue así como empezó la caravana (Birth Story, 2013, 15:31).

En la obra “Partería Espiritual” que cataliza la experiencia de los partos de las mujeres de la comunidad, Ina relató cómo fueron las primeras asistencias al parto en el grupo y cómo desarrollaron el arte de la partería. Según ella, el primer nacimiento que vio de un bebé en el grupo fue el de un varón en el campamento del autobús escolar de sus padres, que estaba en el estacionamiento de la Universidad de Northwestern. La caravana estaba allí con el propósito de hablar en el Hall de conferencias para una audiencia conformada por cientos de personas.

De acuerdo con la historia contada por Ina, el padre del niño vino a su autobús y le pidió a Stephen asistencia para el parto en virtud de que él había tenido experiencia de combate en Corea con la Fuerza Naval y recibió entrenamiento en primeros auxilios por lo que parecía la persona más capacitada para hacerlo. Entonces, pese a que tenía que seguir con su discurso, se ofreció para ayudar en el parto (Gaskin, 2007, pp.16). En la película Ina explica que pasó una interurrencia en este parto y nadie sabía qué hacer, empero, Stephen tuvo la idea de hacer una respiración boca-a-boca y eso salvó la vida del bebé. Para ella fue una gran lección sobre la responsabilidad en el parto (Birth Story, 2013, 18:55).

La formación de Ina en partería ocurrió después del nacimiento del tercer bebé de la caravana. Ella misma relató que el Dr. Louis La Pere, un obstetra de Rhode Island que leyó sobre la caravana y sus nacimientos en los periódicos, vino a visitarlos cuando estaban estacionados y dio a ella y a su asistente Margaret un seminario práctico de atención al parto (Gaskin, 2007, p. 17). En sus propios términos: “Aprendí de libros, aprendí de médicos, aprendí de parteras. Pero mucho de las cosas que aprendí, lo hice de escuchar a las mujeres y permitirme ser instruida por las mujeres (Birth Story, 2013, 37:04).

En todo caso, la película intenta construir una representación de Ina May como una comadrona tradicional, tal es el caso de una escena en la que ella está comiendo y arriba de su cabeza aparece colgada una escoba de bruja (Birth Story, 2013, 19:24). En realidad, las prácticas y experimentaciones en obstetricia desarrolladas por este grupo de comadronas anticiparon la aparición de un modelo de partería que muchos años más tarde Davis-Floyd (2009) nombró como “partería post-moderna”, vista como una práctica que unifica los conocimientos tradicionales, empíricos y espirituales con los conocimientos técnicos de la biomedicina. Esto mismo se evidencia en otra escena del film en la que una de las comadronas enseña su bolsa, lo cual constituye, igual que otros aspectos ya mencionados, una regularidad discursiva de las películas activistas que abordan el parto:

Mi bolsa se convirtió en una cosa que cuelga, que tiene todo dentro. Tú sabes, jeringas, agujas, algunas de las suturas están aquí dentro [...] aceite de borraja ayuda a ablandar la cervix, es muy lindo para usar en trabajo de parto. Este es nuestro equipo de emergencia para el bebé. Cada una de nosotras tiene uno [...] cuando la gente cree que no llevamos nada con nosotras, es más como si lleváramos un hospital para usted¹⁰⁹ (Birth Story, 2013, 23:20)

Una contradicción explícita del movimiento por el parto natural era el alto grado de equipajes de los que disponían en aquellos tiempos en su comunidad. Por su parte, Ina explicó que cuando empezó a ejercer había dos médicos en la granja, una ambulancia, incubadora, oxígeno, que “estaban muy preparados”. Es notable en la película que la comunidad tenía una gran propiedad sin un bosque particular, de modo que para circular en ella se necesitaba un coche como los que se usan para jugar golf. Actualmente el espacio conserva la casa de parto dado que esta se convirtió en una clínica de asistencia al parto mundialmente reconocida. No obstante, la “rebeldía” de este grupo se tornó en un negocio que ya daba sus señales desde aquellos tiempos.

En una entrevista a un programa de televisión cuyo fin era hablar de la obra de Stephen y *The Farm Hey Beatnik! This is the farm book*, él mismo manifestó lo siguiente: “Somos, creo, la comunidad alternativa más grande en los Estados Unidos y brindamos todos los servicios normales que encontrarías en una pequeña aldea de 1.000 personas. Nuestra compañía editorial es una de nuestras pequeñas casas industriales” (Birth Story, 2013, 45:47). Para Heath y Potter (2005, p.42), “estamos ante el concepto de contracultura en todo su esplendor”. No se trata de una población que se enfrenta a una clase dominante o a un sistema opresor que le empobrezca, el problema para los autores es que están en una jaula de oro y han terminado por adorar su propia esclavitud. El control social limita su imaginación y suprime sus profundas necesidades, entonces tendrían que huir de la conformidad y rechazar la cultura por completo. En ese panorama, no habría más remedio que crear una contracultura basada en la libertad y la individualidad. Todo este escenario estaba preparado para articularse con las tecnologías neoliberales que se estaban engendrando para el parto en aquellos años. El excesivo individualismo generó un imaginario perfecto para la desvinculación entre servicios sociales y derechos que se hace notable en el romanticismo por la naturaleza: “Y todas nosotras nos estábamos dando cuenta que tú puedes realmente parir en una granja sin agua corriente, sin electricidad y todo estaría bien” (Birth Story, 2013, 46:51).

La experiencia de *The Farm* fue un perfecto laboratorio del mercado de la humanización

109 Davis-Floyd (2009, pp.163-164) describe muy detalladamente la bolsa que una partera postmoderna típica lleva para el parto.

del parto que se consolidó políticamente en el año 2000. En *The Farm* se produjeron fotos y películas sobre el parto que anticipaban el culto de la imagen. En los años 70, en una escena surrealista, Ina May se detuvo en medio de un parto y entre las contracciones de la mujer que estaba atendiendo para sacar algunas fotos que inmortalizaron la circunstancia. Desde la perspectiva de Frank (2011), entre 1969 y 1970 hubo un giro en la publicidad americana. De cara a toda la rebelión popular que emergió en vista del rechazo a la sociedad de masas, los líderes de la industria rápidamente cambiaron de dirección. La liberación de la mujer formó parte de ese catálogo, en consecuencia, hubo un esfuerzo por asociar la nueva publicidad con la ola de inconformismo emergente. Para los autores, el feminismo tal como era entendido por la industria de este período se convirtió en un “argumento de ventas casi perfecto” (Frank, 2005, p.255).

Sin embargo, no fue sino hasta 1990 cuando el parto libre de la mujer empoderada de su cuerpo ganó su expansión gracias a una amplia propaganda de películas y fotos. Un último aspecto que apreciaría comentar para concluir este análisis es el relativo a la evolución de la técnica de asistencia al parto que es posible observar en la película, esto es, el paso de una partera tradicional y naturalmente intervencionista a una partera no intervencionista.



Imagen 6: Scena de Birth Story: Ina May Gaskin & The Farm Midwives

Fuente: (Birth Story, 2013)

Una primera ilustración de la película es la asistencia de un parto en el que Ina acompañó el período expulsivo manteniendo un toque mediante el cual contrarrestaba la desidia del bebé (Birth Story, 2013, 58:11). En otro parto, este de nalgas, Ina y su equipo orientaron

varios pujos dirigidos en los que se nota una clara influencia del método Lamaze: “Muy bien, ahora trabajarás en su cadera derecha, así, dulce [...] Ahora retiene la respiración. Toma aire profundo y mantenlo, ahí vas”. Para Ina, la asistencia al parto de nalgas es un “arte perdido”, pues “estamos hablando de una intervención, en sobre cómo intervenir con las manos en un parto de nalgas” (Birth Story, 2013, 1:00:50). Un aspecto interesante en las imágenes antiguas que aparecen en la película tiene que ver con el hecho de que las comadronas toman a los bebés sin guantes.

Intervenir con las manos en el parto como un arte fundamental de la comadrona se está perdiendo con la nueva técnica de asistencia que viene bajo las orientaciones de Michel Odent. Para el autor, una comadrona debe mantener las manos ocupadas durante el trabajo de parto a fin de no intervenir. Así pues, son muchas las películas en las que las manos de las comadronas no aparecen para asegurar y recibir al bebé. En la última escena de Birth Story, después de observar una centena de partos que Ina acompañó en los años 1970 y 1980 se observó un drástico cambio en su arte de partejar, debido a que se identificó su clara adhesión a las prácticas odentianas de asistencia.¹¹⁰ Permítaseme compartir un *decoupage* de esta escena de atención a un parto domiciliario.



Imagen 7: Escena de Birth Story: Ina May Gaskin & The Farm Midwives

Fuente: (Birth Story, 2013)

110 Según Odent (2011, p.99): “un acto repetitivo como el de hacer punto constituye un medio para hacer descender el índice de adrenalina.”

La escena empieza con Ina haciendo un ásana de Hatha Yoga. La cámara entonces focaliza a Ina de perfil y al fondo se puede notar a la mujer en una piscina que está cerca de una ventana por donde esta misma observa el paisaje mientras Ina se estira mirando hacia otra dirección. El padre/pareja se acerca a su mujer, se sienta en una silla detrás de ella y le da un beso. En una habitación una mujer músico del parto toca el violoncelo. De inmediato Ina aparece muy compenetrada entrenando caligrafía china. La otra comadrona que también está en el parto aparece callada mirando hacia la nada. En la figura que se presenta abajo se muestra una clara escena de la “economía de la alegría en el parto”. En ella Ina aparece tumbada tranquilamente para no intervenir en el este mismo (Birth Story, 2013, p.1:27:19).

En definitiva, las películas activistas sobre parto tienen una riqueza discursiva muy característica que permite establecer una serie de interpretaciones alrededor del tema. Para fines de esta tesis, las ilustraciones presentadas son suficientes para demostrar cómo esta vertiente histórica del movimiento por la humanización colaboró con el repertorio discursivo neoliberal emergente en aquellos años. En aras de terminar con esta reconstrucción histórica del movimiento, describiré a continuación la situación del debate sobre el parto en la producción literaria de feministas desde una perspectiva panorámica.

8.4 La trampa de la “maternidad sin riesgos” y las recomendaciones de la OMS

Con el propósito de comprender la expansión de las ideas de Cochrane en los años 90 y la consolidación del concepto de humanización del parto he indagado a revistas feministas producidas en aquellos tiempos con un recorte panorámico global con el fin de conocer en particular cuál era el debate y las pautas políticas alrededor del parto. ¿El movimiento vindicaba la humanización del parto? ¿Se adhería al discurso de no intervención y de evidencia científica? ¿Cómo apareció el debate sobre parto en la prensa feminista¹¹¹? Estas son pues algunas cuestiones surgidas de este ejercicio investigativo que serán aclaradas en este apartado.

En las revistas publicadas por la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos se presenta un interesante escenario acerca de los debates surgidos alrededor del parto a lo largo de los años 90, veamos algunos ejemplos de ello. A principios de la década ocurrió el Sexto Encuentro Internacional de Mujeres y Salud en Filipinas con la finalidad de intercambiar información, experiencias y luchas en el área de salud de las mujeres, así como derechos reproductivos. Como parte de los temas de trabajo del encuentro

¹¹¹ En este apartado estoy trabajando con el grupo de revistas que llamé prensa panorámica.

aparecieron alternativas de parto, actividades pro nacimientos y políticas demográficas (WGNRR Boletín, 1990). En un artículo de Keyzers y Smyth (1991, p.42), las autoras relataron que desde el primer encuentro de 1977, el tema del “No al Control de la Población, las Mujeres Deciden” estuvo en el orden del día a lo largo de los Encuentros Internacionales de Mujer y Salud hasta finales de los años 80.

Desde la perspectiva de las mujeres que asistían a estos encuentros tales políticas estaban “basadas en una ideología imperialista, clasista, racista y sexista que reduce la mujer a una máquina reproductiva que puede ser manipulada para que críe o deje de criar”. En un discurso ambiguo las autoras manifestaron que el movimiento defiende que “las mujeres queremos controlar nuestros cuerpos y nuestras vidas, por lo tanto exigimos el acceso a anticonceptivos efectivos y sanos, incluyendo en derecho al aborto” (Keyzers y Smyth, 1991, p.42). Sin embargo, pasaron cinco encuentros para que el tema de la mortalidad materna fuera incorporado al debate internacional. Fue en el Encuentro de Costa Rica en 1987 donde se incorporaron los problemas relativos a la maternidad, más específicamente la mortalidad y la morbilidad (Keyzers y Smyth, 1991, p.43) en dichos escenarios.

Según estas autoras, en el sexto encuentro temas tales como influencia de la crisis económica mundial, políticas de control de la población del Banco Mundial y violencia contra la mujer fueron ampliamente discutidos (Keyzers y Smyth, 1991, p.43), lo que demostró el carácter vigilante del movimiento en la medida en que puso de relieve su asociación y colaboración con el Banco Mundial, el Consejo de población, la División de Población de USAID, IPPF y otras agencias gubernamentales (Keyzers y Smyth, 1991, p.44-45). Es así como las autoras terminaron “reconociendo el surgimiento de un ‘feminismo de derecha’ o de la apropiación del lenguaje y áreas de interés feministas por fuerzas e instituciones que no comparten sus principios y metas centrales” (Keyzers y Smyth, 1991, p.45).

Asimismo, a principio de los años 90 un artículo de Marín (1990, p. 9) mostró la “infraestructura deprimente” con la que contaban los hospitales públicos de Brasil y el fácil acceso a cesáreas, bien como la extirpación de los úteros por pequeños fibromas o como forma de esterilización sin crear alternativas concretas para el control de los embarazos. No fueron pocas las denuncias que relacionaban métodos de esterilización forzada a los tipos y asistencia al parto. Por ejemplo, una partera que trabajó en el Centro de Detención Whitehead denunció las acciones del Gobierno de Hong Kong sobre la vida de mujeres refugiadas vietnamitas (Berer, 1990, p.10). En el informe original esta partera explicó que a las mujeres que daban a luz se les daba un muy limitado acceso a los hospitales y eran obligadas a volver

al campo de concentración en el mismo día del parto, tan pronto el bebé respiraba apropiadamente (Berer, 1990, p. 11).

Un año más tarde, en 1991, la Red registró el Primer Seminario Regional sobre Salud y Derechos Reproductivos de la Red en Sao Paulo, Brasil, no obstante, de los cuatro temas tratados en el seminario no apareció ninguna preocupación alrededor del debate sobre los partos, pero sí sobre las “nuevas evidencias” y la legitimidad de los derechos reproductivos como “Derechos Humanos Básicos” (Silva, 1991, p.3). Es oportuno mencionar el artículo titulado “Carta a Maracay”, en el que podemos observar cómo la violencia en el parto era tratada en aquellos tiempos. En una defensa activista de las prácticas humanizadas de asistencia al parto, la autora estudió el concepto actualmente conocido como “Violencia obstétrica” o “violencia médica hacia la mujer” y “violencia en la maternidad”, en pos de denunciar la asistencia prestada en el Hospital Público de Maracay (Baldwin, 1991, p.24).

De igual manera, el tema de la “mejoría y humanización de los servicios” también apareció en una sección de la campaña desarrollada por la Red sobre Mortalidad y Morbilidad materna en una carta sobre un proyecto de salud popular en México. La carta relató que en el país había una iniciativa de formación de comadronas que estaba realizando un trabajo con 10 mujeres para aprender “el arte de atender partos de manera natural, sin violencia, ni para la madre ni el bebé” (Kay, 1991, p. 22). Aquí es posible notar que había una clara adhesión discursiva que fue penetrando en el interior del movimiento de mujeres.

Entonces, el parto surgió en el interior de un debate sobre la des-penalización del aborto como parte de la lucha desarrollada por la Coordinadora Feminista y del Frente por la Maternidad Voluntaria en México. Las mujeres vindican “el reconocimiento de la capacidad inalienable de las mujeres a decidir sobre nuestra sexualidad, en particular sobre nuestra maternidad y, en concreto, sobre nuestra fecundidad, nuestro embarazo y nuestro parto” (Vásquez, 1991, p.50).

De hecho, la pauta central todavía en aquellos tiempos seguía siendo el tema del aborto (Stemerding, 1990; Dobraczynska, 1990, Bulbring, 1991; Stemerding, 1996; Alblas, 1996), la planificación familiar (Smyth, 1992), la violencia hacia las mujeres (Baumslag et al., 1990) y la anticoncepción (Stemerding, 1992). Cabe destacar que no son pocas las noticias y artículos que exponen estos temas como pautas políticas centrales, inclusive, en este lapso surgieron las líneas maestras del debate sobre parto humanizado, por ejemplo, la crítica de las elevadas tasas de cesáreas, el cual es un tema que aparece en el boletín. En 1991 una noticia afirmó que el parto por cesárea era la cirugía más común en Estados Unidos, llegando a una tasa de 24,7% en aquellos tiempos. Se observó en esta noticia el apareamiento de dos discursos, por

un lado, el de la defensa económica del parto y por otro, el de la recomendación y legitimidad médica, lo que quedó explicitado en el siguiente enunciado: “El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda el parto vaginal después de que la mujer ha tenido una cesárea” (Women’s International Network News, 1991, p.61).

De forma semejante, el discurso crítico de las elevadas tasas de cesáreas en América Latina se originó como un dato sin un posicionamiento feminista muy contundente. Este tema es tratado como el resultado del “abuso médico, el desconocimiento profesional y la medicalización” (De la Fuente, 1993, p.32), en una clara adhesión al repertorio discursivo de la OMS que aparece como un referente teórico en todo el trabajo de esta autora.

El modelo occidental, al pacificar el cuerpo de la mujer le arrebató el trabajo de parto y toda la actividad ejercida por ella; alimentó la pasividad a través de, por ejemplo, el uso y abuso de la ingesta de barbitúricos, o de la toma de medicamentos en general, sin razones justificadas. La dependencia de la mujer hacia el sistema sanitario ha ido en aumento (De la Fuente, 1993, p.29).

A su vez, la revista expuso una serie de datos sobre la situación del parto a nivel global que son de sumo interés para la lectura del tema realizada en esta tesis. No obstante, debo presentar tres casos ilustrativos. Una investigación sobre la realidad de la asistencia al parto en Argelia deconstruyó el discurso anti-hospitalario que empezó a emerger a partir de la creación de la Medicina Basada en Evidencias. A juicio de Fort (1991), la tasa de mortalidad materna en Argelia en un contexto donde no había antibióticos, ni transfusiones de sangre, ni operaciones cesáreas fue estimada alrededor de 1 000 a 1 400 por cada 100 000 nacimientos. En las familias reales este número era de 2 000 sobre 100 000, lo que significaba que un parto de cada 50 costaba la vida de una madre (Fort, 1991, p.22). La autora explicó que la tasa disminuyó drásticamente “en los países que dan la posibilidad de atención prenatal y asistencia al parto: cuanto más alta la Tasa de Parto Hospitalario (TPH) más baja la Tasa de Mortalidad Materna (TasaMM).

En la época en que se empezaron a denunciar las intervenciones en los partos y su medicalización, esto es, entre 1968 y 1978, en Argelia había un promedio de 12% de Tasa de Parto Hospitalario (30% en áreas urbanas y 4% en áreas rurales). A partir de 1974 era un problema identificar las causas de la mortalidad debido a una carencia de certificados médicos, sobre todo en zonas rurales donde la muerte materna en el hogar indicaba una situación importante (Fort, 1991, p. 22). En la investigación de la autora se hizo claro que “una mejor cobertura de parto hospitalario” permite a la madre alcanzar la maternidad antes de que ocurran complicaciones, o antes de que muera, y disminuyen las muertes maternas en el hogar (Fort, 1991, p.23).

Así pues, la mortalidad materna en el hogar es claramente más alta y las operaciones cesáreas pueden en algunos casos ser la única posibilidad de salvar la vida de la madre (Fort, 1991, p.23). En la región occidental de Argelia, en 1987 cada cuatro días moría una madre durante el parto en las maternidades. La autora concluyó su estudio con el cuestionamiento: “¿Cuántas murieron en sus hogares o durante la transportación?” (Fort, 1991, p.24). Estos son datos “no dichos” sobre la emergencia del discurso de no intervención en el parto a razón de que denuncian su carácter notablemente genocida. Ahora bien, otro caso ilustrativo es una noticia publicada en 1992, que abordó la situación de la mortalidad materna en India. Por su parte, Shiva (1992, p. 10) explicó que la elevada mortalidad materna en ese país era un síntoma de los diferentes grados de discriminación que sufren las mujeres, motivo por el cual poseen un acceso desigual a la alimentación, educación, salud y capacitación laboral. A su juicio, la mayoría de las causas de la muerte materna son evitables y 20% de ellas están relacionadas con complicaciones ligadas a la anemia. En estas épocas, el 50% de la población hindú vivía por debajo del nivel de pobreza y es bien sabido que “las condiciones de vida hacen que el pueblo sufra deficiencias nutricionales y sea propicio a las infecciones (Shiva, 1992, p. 11).

En esa medida, se puede afirmar que la autora estuvo bastante consciente en lo concerniente a la introducción de tecnologías reproductivas en aquellos contextos y cuestionó quién llevó a cabo las investigaciones científicas y bajo qué patrocinios (Shiva, 1992, p.12). De tal manera que dejó antever el sesgo del discurso que se estaba produciendo en aquellos momentos, cuando los determinantes sociales en materia de salud eran demasiado evidentes como para seguir siendo ignorados.

A principios de la década de 1990, la fistula obstétrica¹¹² apareció como un grave problema relacionado con la asistencia al parto en gran parte de África (Organización Mundial de Salud, 1991). Una campaña mundial para reunir fondos que beneficiaran a las víctimas de partos obstruidos fue desarrollada por The Worldwide Fund for Mothers Injured in Childbirth en 1996. Esta situación de negación a los derechos de asistencia al parto fue evidente en innumerables artículos de esta época, con especial atención a los países africanos (Thaddeus y Maine, 1991a; Thaddeus y Maine, 1991b; Revista de la Red de Salud/Isis Internacional, 1991).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud en 1996 del Programa de Salud

112 La fistula es un agujero que se forma en la pared vaginal como resultado del parto obstruido o prolongado, comunicando con la vejiga (fistula vesico-vaginal, FVV) o el recto (fistula recto-vaginal, FRV) o ambos (fistula recto-vesico-vaginal, FRVV) (Organización Mundial de Salud, 1991, p. 8) Las causas de las fistulas están asociadas a los partos obstruidos sin asistencia profesional.

Materna y Maternidad sin Riesgos solamente 46% de los partos en el mundo ocurrían en establecimientos de salud y el 68% de las mujeres del mundo recibía atención prenatal. En África solamente el 36% de las mujeres de todo el continente tenía partos en hospitales; mientras tanto en Asia los números llegaban a un 37%. De allí que la medicalización y hospitalización del parto eran una realidad únicamente de América del Norte (99%) y Europa (97%) (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1997).

Es posible decir que la emergencia de las recomendaciones de cesáreas para los partos (15%) es la expresión máxima del cinismo y la perversidad de la Organización Mundial de la Salud, que en realidad legitimaba mediante ello el genocidio de mujeres negras y pobres, esto es, el 60% de las mujeres que no tenían acceso a asistencia profesional al parto a nivel mundial. Por medio de cifras de la UNICEF, Gautam (1997) denunció la situación de la asistencia al parto en el año 1997 en el caso de Nepal, donde había una tasa de 1 500 por 100 000 nacidos vivos. Las causas principales eran hemorragia (25%); causas indirectas (20%); sepsis (15%); aborto inseguro (13%); eclampsia (13%); parto obstruido (7%) y otras causas indirectas (7%). De acuerdo con la autora, “la pobreza, la discriminación de género y la escasa accesibilidad a servicios de salud son algunas de las condiciones que explican estas elevadas tasas”. Podemos decir que Nepal es uno de los países más pobres del mundo, por ello, en 1997 el 92,5% de todos los nacimientos ocurrían en casa (Gautam, 1993, p.12).

Por otra parte, algunos artículos evidencian el intenso debate crítico que se gestó en torno a las políticas de población que se estaban diseñando a nivel global (Kargar 1993; Hartmann 1993a; Hartmann 1993b; Mello 1993; Palomino 1993; Freedman y Isaacs 1993; Hynes 1993; Bergstrom 1993; LACAAP, 1993). Al analizar el “discurso poblacional” en el Foro Mundial de Desarrollo y Medioambiente de las Naciones Unidas en Río de Janeiro en 1992, Hartmann (1993b, p.7) observó que estos encuentros eran tácticas para abrir un diálogo mediante el cual “analizar los argumentos de las mujeres, apropiarse de sus discursos y finalmente agotarlos”. Las expresiones “decidir y elegir”, “mejorar el nivel de la mujer” y “sostenibilidad”, según la autora, representan un lenguaje engañoso que no garantiza una elección auténtica con base en un poder real de la mujer, en cambio la pone en la “punta receptora de un sistema diseñado para controlar el crecimiento demográfico mundial mediante el control de su cuerpo” (Hartmann, 1993b, p.7).

En el caso de EE.UU., según Hong (1993, p.10), “un memorándum del Consejo de Seguridad Nacional firmado por Henry Kissinger en 1984 titulado ‘Impacto del crecimiento demográfico mundial en los intereses internacionales’ fijó objetivos especiales en 13 países del tercer mundo, a saber, India, Bangladesh, Paquistán, Nigeria, México, Indonesia, Brasil,

Filipinas, Tailandia, Egipto, Turquía, Etiopía y Colombia”; este mismo documento llegó a sugerir que el SIDA podría ser un remedio para la amenaza de la población tercermundista y que los hacedores de políticas “deben emplear todos los instrumentos de gobierno a su alcance para el desarrollo y planificación de población así como nuevos sistemas de armamento”.

En consecuencia, se trató de librar “una guerra genocida a los pueblos del tercer mundo desde que la crisis de la población se asocia a la seguridad de los EE.UU.”. Es de mencionar que Hong señaló bien las líneas maestras de la argumentación de este debate, que terminan por explicar la ideología que orienta la expansión de prácticas no intervencionistas defendidas por la Medicina Basada en Evidencias o “evidencia científica”, la cual defiende la restricción del acceso a una serie de cuidados médicos que fueron responsables de la disminución de la mortalidad materna e infantil en el siglo XX.

Siguiendo a Hong (1993) y Akhter (1993), las razones para despoblar el mundo en una palabra son los pobres. Desde el principio de la década todo este debate era fruto de una intensa inversión e injerencia de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), que gastaba \$35,4 millones en operaciones en los medios de comunicación de masa para lograr que las actividades de EE.UU. respecto a anticoncepción en países subdesarrollados, principalmente en África (Sobo, 1991, p.9), fueran efectivas. Tales ideas políticas también afectaban la población interna de dicho país, que dependía de la seguridad social. Una noticia del periódico New York Times (Lewin, 1991, p.11) denunció un proyecto de ley de un diputado republicano que consistía en pagar \$ 500 dólares a las madres dependientes de ayuda social por el uso del Norplant. Al exponer el proyecto explicó que a los contribuyentes de Kansas les costaba más de \$ 205 000 dólares proveerle a cada niño la asistencia pública básica desde su nacimiento hasta la edad adulta (Lewin, 1991, p.11).

De hecho, en estos períodos una verdadera estrategia de guerra estaba diseñada para exterminar a los pobres en todas las partes del mundo. Al mismo tiempo que aparecieron las colaboraciones del feminismo con estas políticas también se diseñaron las resistencias y grupos de ruptura radical. En 1993, la Coalición Internacional para la Salud de la Mujer (International Women’s Health Coalition, IWHC) y otros cinco grupos feministas de Alemania, India y Suiza escribieron una declaración conjunta para la Conferencia sobre la Población del Cairo en 1994 en la que llaman a las mujeres a rechazar contundentemente la política demográfica y la llamada feminista (International Women’s Health Coalition, 1993, p.31).

La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) envió “una

serie de cartas abiertas a las autoridades del Banco Mundial urgiéndolas a revisar las políticas económicas en curso, e instándolas a realizar inversiones para servicios de salud con calidad de atención y amplia cobertura” (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1997a, p.17). En estos años aparecieron muchas críticas al proyecto neoliberal de salud para las mujeres (Sánchez, 1997; Matamala, 1997) a veces repletos de críticas y contradicciones que dejan entrever la influencia del Banco Mundial en el interior del movimiento de mujeres a través de la financiación (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1997a).

En las revistas de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe es más visible la adhesión a todo el discurso de la OMS/Banco Mundial para el parto: “Como en México, las mujeres brasileñas padecen altos índices de ligadura de trompas efectuadas sin información y cesáreas innecesarias. En Brasil el índice aumentó del 14% en 1970, al 43% en 1987. Sin embargo, la OMS señaló que solo son justificables en un 15% de los casos” (Díaz, 1997, p.72-73). Abunda la defensa del concepto de “Maternidad sin riesgos” o “Maternidad Segura” (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1997c), “Calidad de atención” (Araya et al, 1997), “Medicina alternativa” y “autogestión en salud” (Conejo, 1998; Infante, 1998; Carvalho, 1998). Es decir, todos estos discursos terminan por ser incorporados y transitan en el interior del movimiento internacional de mujeres por la salud. En definitiva, todos estos datos evidencian la aparición de un feminismo peculiar en el interior de la lucha feminista global, que se configuró como un actor estratégico en la expansión de las políticas de humanización del parto diseñadas en aquellos tiempos.

8.5 Parto y el feminismo de la reivindicación maternal en España

En la prensa feminista española es posible conocer las condiciones de surgimiento del discurso de humanización del parto y su articulación con el movimiento feminista de este país, aunque este movimiento no se consolidó en el territorio sino a partir del año 2000 (Villarme 2015). De la misma forma que en la prensa feminista panorámica, en la prensa española se daba un debate exhaustivo sobre el aborto (Beltrán 1976a, Careaga 1976), la anticoncepción (Balaguer 1977, Oranich 1977), el divorcio (Beltrán 1976b, Beltrán et al., 1977, Falcón 1979) y la violación, que ocupa innumerables secciones de denuncias en todas las revistas del recorte.¹¹³ Debemos mencionar que el tema de los partos apareció en el

113 Aquí no se extenderá una descripción de estos debates porque escapan al objeto de la tesis que son los discursos sobre parto en la prensa feminista. Sin embargo, no dejamos de señalar cuáles eran las pautas hegemónicas en el interior del movimiento feminista de aquellos años.

movimiento feminista español como una pauta marginal desde finales de los años 70 y mediados de los años 80. Para ilustrarlo, en la revista *Mujeres y Salud* Gavarró y Taboada (2008) reconstruyeron históricamente la vanguardia por la humanización del parto en los años 80, lo que confirmó los relatos de los entrevistados sobre las primeras acciones y su articulación con el feminismo. El artículo más antiguo que encontramos en los centros de documentación sobre los años 70 está registrado en la *Revista de Información al Consumidor* que escribió un dossier sobre la mujer dedicado al embarazo y al parto (Pallares, 1973).

En *Vindicación Feminista*¹¹⁴, que fue la revista más representativa del debate feminista a finales de los años 70, el aborto, la violación y el divorcio eran los temas más frecuentes en todos los 30 números publicados. Sin embargo, también encontré artículos que denunciaban la situación precaria del trabajo de enfermeras y comadronas (Vigil, 1976); el genocidio de mujeres que empezaban a parir a los 12 años sin ninguna asistencia en Rodesia y Sudáfrica (Falcón, 1976); una denuncia acerca del abuso por parte de los médicos sobre el cuerpo de las mujeres en los hospitales (García, 1976) y de su ética profesional, pues como podemos ver, en aquellos tiempos ya era notorio “el desprecio y las humillaciones que deben soportar las parturientas de sus doctores, si los partos sin anestesia, a tirones y empujones, jalonados de insultos” (Falcón, 1978, p.19). Como lo relató Falcón, las parturientas presas muchas veces daban a luz en la cárcel o en el coche celular cuando las trasladaban al hospital custodiadas por guardias, esto porque los médicos de las prisiones no les daban permiso para ingresar a un centro hospitalario. Relató que “en la residencia del Valle Hebron, un doctor le pegó dos bofetadas a una parturienta porque se quejaba demasiado” (Falcón, 1978, p.19), hechos que constituyen una evidencia de que la violencia en la asistencia al parto era una realidad en las maternidades de España de aquellos tiempos.

Desde su primera edición, *Vindicación Feminista* denunció las prácticas violentas de las monjas en los partos de las prostitutas, los cuales ocurrían “sin ninguna asistencia realizado a tirones, sin quirófano, sin médicos, sin comadronas, las madres vuelven a la calle, dejando al niño al cuidado de las amorosas madres” (*Vindicación Feminista*, 1977). La revista notició además un escándalo en una maternidad de Barcelona tras la pérdida de la custodia del hijo de una madre soltera (Alcalde y Balaguer, 1976); la situación precaria del parto en Las Hurdes, un pueblo de la Comunidad de Extremadura (Canales, 1977); una reconstrucción del

114 Uno de los aspectos más intrigantes de esta publicación es que su discurso político es notablemente marxista y desde la primera publicación hace publicidad de la Bayer, una de las marcas farmacéuticas más poderosas del mundo además de incorporar otras piezas publicitarias con carácter sexista, como la publicidad de Slendertone, la gimnasia automática “para el control científico de su línea”. Ver por ejemplo el número 22 de *Vindicación Feminista* de 1977.

papel histórico de las mujeres en la medicina (Fajardo, 1977); el despido de una trabajadora española por haber parido en ausencia de una licencia para madres (Goicoechea, 1977); una oda a la maternidad hippie que deja a sus hijos libres, sucios y felices (Fuentes, 1977).

Asimismo, este medio publicó un informe sobre los 40 años de oscurantismo ginecológico en España (Larraburu, 1977); introdujo el debate sobre *self-help* (Taboada, 1978a; Taboada, 1978b; Taboada y Muck, 1978) y la proliferación de los Centros de *planning* (Estany, 1978). Todas estas noticias evidencian que la pauta del parto para las feministas asumía una pauta más compleja y diversificada, bien contactada con la realidad social concreta de las madres de aquellos años, es decir, que había una fuerte conciencia crítica sobre el tema de la maternidad, y desde ahí es que se diseñaron la serie de metodologías feministas para el parto, tal como las conocemos hoy. Es interesante un cómic publicado en la revista en 1979 en el que se introdujo una crítica a las cesáreas electivas que empezaron a ocurrir en aquellos años tras su aparición en Italia en 1977 (Odent, 2004).



Imagen 8. Sesión de comics de Nuria Pompeia

Fuente: (*Vindicación Feminista*, 1979)

Por otra parte, a finales de los años 70 la Coordinadora Feminista de Barcelona promovió un debate sobre maternidad (Dones en Lluita, 1978), en el que las mujeres compartieron diferentes experiencias y relatos sobre sus partos, algunos marcados por la violencia médica. En estos momentos la vindicación de las mujeres versaba alrededor de “una maternidad libremente decidida” (Dones en Lluita, 1978), como una extensión de su pauta general por el derecho al aborto. Bajo este contexto floreció en la prensa un relato de un parto domiciliario de una de las pioneras del movimiento por la humanización que anticipó toda la

reivindicación del derecho al placer en la experiencia (Villena 1978).

Esta vindicación también se expuso en la Revista Mujeres del Instituto de la Mujer a principios de los años 80. En el artículo de Francisco (1984) se dio todo un debate en contra de la tecnología en los partos, que era asociada a la “agresión” y a la defensa de la recuperación del placer y la recomendación del método de Leboyer que la autora llamó “parto sin violencia” (Francisco, 1984, p.13). Tal “objetivo de humanizar el parto” es el tema del artículo escrito por Boudeguer (1986) publicado en esa revista, donde presentó todas las recientes investigaciones y recomendaciones de la OMS para el parto. Esta adhesión discursiva también hizo parte de en un artículo de La Boletina (2000).

No obstante, en el interior del Partido Feminista el tema asumió un tono más crítico al reflexionar en torno a la relación entre reproducción, parto y manutención del orden social (Falcón 1980), esto es, sobre las condiciones sociales en las cuales las mujeres seguían pariendo (Garrido 1981, Queralt 1982). En este marco, Dones en Lluita publicó una extensa monografía sobre la maternidad en la que se observa que el tema a nivel demográfico estaba en “baja” (Stolke, 1982). También en los años 80 se manifestaron en la prensa feminista institucional señales de resistencia de los médicos a los movimientos que promocionaban el parto domiciliario (Femmes d’Europe, 1983/1984). La prensa mostró el surgimiento de nuevas organizaciones de apoyo a las mujeres en ese sentido (Femmes d’Europe, 1986), como también la propuesta de la conservadora española Carmen Llorca Vilaplana, que vindicó a la Unión Europea la creación de una “Carta de los Derechos de la Parturienta” de aplicación en todos los países de la Comunidad, el cual garantizara la “Libre elección del hospital y del tipo de parto; libre elección entre el hospital y el parto en casa; presencia del compañero o de padres o amigos durante el parto” entre otros (Mujeres de Europa, 1988).

Por otra parte, la revista Mujeres y Salud editada por el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios) en su primer número de 1997 publicó una nota crítica en contra de la privatización de la sanidad y las campañas internacionales del Banco Mundial (Mujeres y Salud, 1997a). En el mismo número compartieron el dato de que cada año había “500 mil muertes maternas, un 99% en países en desarrollo, donde infinidad de mujeres sufren daños de salud permanentes por cuestiones reproductivas”. Entre las causas de mortalidad materna está la “hemorragia, hipertensión relacionada con el embarazo, infección, parto obstruido y complicaciones relacionadas con el aborto”. Según las autoras, la mala salud es un reflejo de las malas condiciones sociales en las

cuales están insertas las mujeres (Mujeres y salud, 1997b). Igualmente denunciaron las contradicciones entre las recomendaciones de la OMS para el parto y la situación de la asistencia en España, puesto que los ginecólogos de Barcelona estaban resarcido la definición de parto como urgencia para des-responsabilizarse por los partos, empero, aumentar sus ingresos con las compañías (Mujeres y Salud, 1997c).

Más adelante, en la producción discursiva del Colectivo Feminista Ruda en los años 90, hubo una explícita oposición a las políticas demográficas y de control de la población particulares de aquellas épocas, que para ellas estaban “pensadas para controlar los cuerpos, la fertilidad y la vida de las mujeres: porque son las mujeres que paren” (Colectivo Feminista Ruda, 1997). A su juicio, se trataba de “ideologías racistas y eugenesicas a través del proceso de selección los que tienen derecho de sobrevivir y despreciando a los demás” (Colectivo Feminista Ruda, 1997). Por su parte, las feministas anarquistas de la Iniciativa por la Liberación de la Mujer denunciaron que a mitad de los años 90 “1 millón de mujeres, casi todas de los países pobres, mueren anualmente en el parto o a causa de él” (Púlsar, 1997). En su artículo en el *zine* Luna, las autoras explicaron que un grupo de 70 médicos de todo el mundo intentarían reunirse en Marruecos en pos de discutir formas de combatir la mortalidad materna durante el parto, pese a ello, podía percibirse un malestar entre los organizadores porque ni la UNICEF ni la Organización Mundial de Salud estaban apoyando el combate por la mortalidad materna (Púlsar, 1997).

Para las editoras de este *zine* el tema del parto también surgió en un ambiente de debate y reflexión más amplio sobre la sexualidad femenina, encarado como un campo manipulado y naturalizado por el poder de la medicina (Luna – Fanzine Feminista, 1997). Este colectivo se mostró bastante consciente de las trampas del avance neoliberal de aquellos tiempos. En el año 2000 publicó un debate realizado para la 15ª Jornada sobre Feminismo y Neoliberalismo de 1997 en Argentina que explica la emergencia de esta como una “economía del genocidio”. La ponencia firmada por Fontanela y Bellotti (2000) afirma que las múltiples necesidades sociales se cargan sobre las mujeres, quienes gestionan la miseria y la supervivencia y brindan trabajo gratuito a la familia y la comunidad. Sus autoras citaron el Informe de Desarrollo Humano de 1995, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), según el cual las mujeres representan el 70% de los 1 300 millones de personas más pobres del mundo (Fontanela y Bellotti, 2000).

Al mismo tiempo, Fontanela y Bellotti (2000) denunciaron la debilitación de los Estados Nacionales por causa de los organismos financieros internacionales y señalaron la necesidad

de analizar la participación feminista en estos organismos bajo el concepto de “perspectiva de género” (Fontanela y Bellotti, 2000). De hecho, son muchas las publicaciones feministas que he revisado en las que por un lado se nota una adhesión al discurso producido por estos organismos financieros, en especial el Banco Mundial, y por otro, una estrecha colaboración discursiva pautada en una crítica social truncada y difusa. Las feministas del Colectivo Luna compartían la idea del Movimiento por la Humanización actual de que “las mujeres siempre han sido sanadoras, las primeras médicas, anatomistas, enfermeras, farmacólogas y comadronas que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo” (La bruja negra, 2000). Empero, su discurso no llegó a ser una defensa “humanizada” de las prácticas de asistencia, aunque sí un intermedio entre las voces corrientes del feminismo anti-reproductivo y del feminismo reproductivo que se estaban resistiendo y revolucionando en aquellos tiempos. Es notable la influencia del “*self-help*” o de prácticas pedagógicas de autoconocimiento del cuerpo, hasta se podría decir que su visión se encuadraba en un discurso anti-odentiano del parto.

A menudo decimos que el parto es actualmente es una violación del cuerpo de la mujer, cuando lo es el coito cuando la mujer no lo desea, cuando no opera el deseo y se realiza en estado de rigidez, de sequedad, con desgarros [...] Las mujeres tenemos que poner en funcionamiento nuestro neocórtex para que nuestra conciencia asuma y asimile el útero; para que lo reintegremos en la percepción de nuestro cuerpo (Femme Fatale, 2000).

Por último, el tema de los partos en la prensa feminista refleja el carácter marginal del tema en el interior del movimiento de aquellos tiempos. Por lo tanto, el trabajo con la prensa feminista en este campo deja en abierto nuevas posibilidades para emprender otras investigaciones, nuevos recortes y análisis.

9 Discusión III: contra-revolución feminista y el genocidio basado en evidencias

El recorrido histórico sobre los acontecimientos, los discursos feministas que describieron la condición social de las mujeres y todo el escenario que permitió la aparición de las prácticas obstétricas de vanguardia, los movimientos “Parto sin Dolor” y “Parto sin Miedo” evidencian que tales técnicas emergieron como imperativos socio-políticos y culturales que se articulaban por un lado, con el desarrollo histórico del capital, y por otro, con el intento de ruptura con este sistema económico. La aparición del modelo ruso y de los primeros experimentos de analgesia en el parto se da justo en el momento en que el país pasaba por un cambio radical en su arte gubernamental. Feministas estudiosas del contexto de la época explican que este era un momento de profundos cambios en la condición social de la mujer rusa, que empieza a adquirir un *status* importante a nivel político y a ocupar sectores

estratégicos del nuevo orden de gobierno en la Rusia pos-revolucionaria. Sin embargo, la generalización del método que pretendía “reformular la mentalidad de la mujer sobre el parto” acabó resultando una respuesta contrarrevolucionaria del gobierno stalinista y en la voz de las feministas socialistas y rusas un retroceso en la conquista de las mujeres, al hacer volver a las mujeres a sus roles de madres y esposas. El método de Velvski y sus colaboradores seguidores de Pávlov encontraron un escenario perfecto para el re-condicionamiento de las mujeres al hogar y el Parto sin Dolor fue la expresión de esta tecnología de poder.

El método que apareció en Reino Unido en contrapartida encontró un escenario abierto a su penetración, dado que el movimiento de mujeres, en especial, el de mujeres laboristas, estaban en la vanguardia del debate sobre cómo crear mejores condiciones para las madres y toda una serie de intervenciones estatales que permitiesen cambiar la situación de pobreza en que vivían muchas madres y los niños. Las ideas de Dick-Read sobre “Parto sin miedo” se expandieron en un contexto de intensa inversión gubernamental en la asistencia al parto, educación y formación de comadronas, y así parecía catalizar una demanda de mujeres por una mejor calidad y protección hacia todos los aspectos que involucran la maternidad. En este caso, la aceptación del método en este contexto evidencia una vez más la colaboración de sectores feministas con prácticas intervencionistas médicas sobre sus cuerpos en la medida que el método se vincula a toda una técnica dirigista sobre el cuerpo de la mujer, porque así como el método “Sin Dolor” el método “Sin miedo” requiere una preparación teórica y corporal basado en una gimnasia, control de la respiración y de las emociones.

De hecho, el aspecto contra-revolucionario de toda la lucha desarrollada por las feministas y laboristas en Reino Unido, no parece conectar propiamente con la aparición del método de Dick-Read. El ataque a las mujeres de Reino Unido (y por consiguiente del mundo) en realidad se produce años más tarde a partir de la obra de Cochrane y la emergencia de la Medicina Basada en Evidencias. El ataque frontal a las pautas centrales de las laboristas que reclamaban una serie de derechos y amplias políticas de seguridad social estaba en la mira del “laboratorio de ideas” de la mayor compañía de coches de aquellos tiempos. La des-construcción de la Medicina Social denunciaba los vínculos políticos de las prácticas médicas en Reino Unido que de alguna forma parecía beneficiar la lucha de los laboristas, las huelgas, las resistencias que de hecho permitían el avance de los derechos en la primera mitad del siglo. La Medicina Social era un imperativo no de las estructuras del poder, pero de la lucha política por mejores condiciones de salud de los trabajadores. Reino Unido, la cuna del capitalismo, era un territorio estratégico global, porque es desde ahí que salen los modelos de

derechos sociales más amplios, que inspiran diferentes países en el mundo.

La película *El espíritu del 45* de Ken Loach retrata bien todo este proceso de implantación del programa político del partido laborista en aquellos tiempos. El reconocimiento del derecho a la salud vino asociado a toda una serie de determinantes sociales, como alimentación, vivienda, empleo, energía, transporte y medio ambiente. Este modelo es conocido como la Medicina de los Trabajadores. Sin embargo, el discurso de Cochrane apareció justo en un momento de crisis del capital, con el fin de justificar todas las políticas que se vinculan con los servicios sociales, desde ahí se canalizan los intereses de los propietarios del capital. En la obra de Pierre Vellay, por ejemplo, se observan cuáles eran las “auténticas necesidades de las mujeres en el parto” en los años 50, esas que Michel Odent deconstruyó en los años 70 con el advenimiento de todo el repertorio discursivo neoliberal, importado de la Medicina Basada en Evidencias y las ideas del Banco Mundial. Las necesidades concretas de las mujeres en el parto son claras:

Particularmente importante son las dificultades económicas y sociales. El primer problema es el de la residencia. Mujeres residentes en barrios pobres o sótanos temen el embarazo y el parto porque como dicen: “Hará nuestras dificultades todavía mayores”. Sienten el mismo cuando las condiciones económicas son difíciles. Quizás el dinero sea poco, y una huelga pueda disminuirlo aún más; u ocurrir que despidan el marido. Tuvimos que superar esto muchas veces en los últimos meses [...] Una casa clara, agradable, con muchos cuartos, dinero suficiente y ausencia de miedo del futuro, son las mejores condiciones en que una mujer puede dar a luz. Es deber de la profesión médica llamar la atención de las autoridades, para este problema, que involucra toda nación. Toca al gobierno providenciar recursos para residencia y bienestar de las madres y del niño” (Vellay, 1967, p.186).¹¹⁵

Los datos recolectados en la prensa feminista panorámica denuncian cuál era la realidad de la asistencia al parto a nivel global. Mientras los portavoces de la OMS asesorados por los economistas expertos del Banco Mundial enunciaban la recomendación genocida y criminal de 15% de tasas de cesáreas desde países del tercer mundo, solamente el 36% de la población africana, el 37% de la población asiática y el 49% de la población de Oceanía tenían acceso a servicios de asistencia en el parto. La enunciación década tras década de este protocolo de 15% de cesarianas como taza óptima enmascara la cara oculta de la desigualdad geopolítica en lo que se refiere la situación del parto en el mundo. Fueron muchas las noticias que denunciaban el verdadero *status* de la cuestión de la asistencia al parto en los años 90, justo en el escenario que salieron las Recomendaciones de la OMS para el parto normal.

La prensa panorámica evidenció cuál era el nivel de implicación del movimiento feminista y de las mujeres por la salud en la construcción de esta agenda política para el parto. Los

115 Traducción libre del original.

datos demuestran la penetración e injerencia del discurso neoliberal en el movimiento de las mujeres y como el repertorio político-económico del Banco Mundial fue penetrando la producción discursiva feminista que a la vez también producía sus críticas. El tema central en aquellos años era la muerte, el derecho de matar, la evocación del poder soberano sobre el útero, sobre el cuerpo, la propiedad privada reificada y reafirmada en el concepto de “propiedad de uno mismo”. La vida, el amor, la perpetuación de la especie, esta prisión biológica impuesta por un supuesto poder llamado de “patriarcado” fue delegada a la margen de los discursos y las pautas de las mujeres. Mientras tanto, los derechos de las madres solo cobraron valor y sentido cuando se alió a los discursos disruptivos propios de la revolución permanente del capitalismo. Aquí aparece el monstruo Estado, este que se necesitaba destrozarse, calar, reconducir a la suprema libertad de la verdad de la elección. Era necesario producir una generación de seres que se atrevieran a nacer, de mujeres que desearan parir, libre de toda la intervención del poder del Estado, bien preparados para el goce de la tiranía de la mercancía.

La prensa feminista española deja entrever el espíritu vigilante de algunos sectores feministas al denunciar la concreta situación de la asistencia al parto de las mujeres en sintonía con lo que se estaba denunciando por parte de los movimientos por la salud a nivel global. Sin embargo, es posible observar la emergencia del discurso del Parto Humanizado y la crítica a las intervenciones en articulación discursiva a todo el escenario que se diseñaba a nivel global con la publicación de los protocolos de la OMS y los informes que empezaron a aparecer en los años 80. Esta aproximación es más visible en la prensa feminista institucional, vinculada al Instituto de la Mujer que las revistas del movimiento de base, las cuales tenían su enfoque en la discusión del aborto. Todos estos datos explican cómo el feminismo termina por ocupar un lugar estratégico en el diseño de las políticas neoliberales para la salud y los partos.

10 Conclusiones

¿Con la sangre de quien se crearon mis ojos?

Donna Haraway

Esta tesis ha perseguido el objetivo de comprender y explicar la articulación de un movimiento de activistas y/o feministas con políticas que violan sus derechos fundamentales a la salud y a la vida. En este apartado presento las conclusiones de la investigación realizada a partir de una reflexión teórica en la cual presentaré dos tesis sobre las políticas de asistencia propuestas por el Movimiento por la Humanización del Parto y de su propio funcionamiento: (1) El parto humanizado es una de las múltiples necropolíticas reproductivas del poder neoliberal y (2) El feminismo por el parto humanizado es una de las tecnologías del poder neoliberal. Permítaseme explicar detalladamente estos dos enunciados a continuación.

I

El parto humanizado es una de las múltiples necropolíticas del poder neoliberal. En la lectura crítica de la historia social del parto esta tesis ha perseguido su formación discursiva a lo largo del siglo XX, identificando la constelación que articula el concepto de humanización, su disputa simbólica de sentidos, evidenciando sus rupturas paradigmáticas hasta asumir la actual configuración discursiva desde los años 70, cuyas categorías maestras de su técnica corporal de asistencia se asientan en los principios de libertad y no intervención.

Para comprender el diseño de este modelo, su evolución y su forma examiné la entrada de los primeros teóricos y su localización geopolítica con el objeto de comprender los acontecimientos discursivos que permitieron su aparición. Identifiqué que las vanguardias obstétricas Parto sin Dolor y Parto sin Miedo aparecieron en dos países geopolíticamente estratégicos a principios del siglo XX: el escenario del desarrollo del capitalismo monopolista en Reino Unido y la ascendencia del socialismo autoritario en Rusia. La aparición de estos movimientos coincide con el proceso de descolonización en India (1942-1947) y la pérdida del poderío británico global. Este fue el escenario de una re-configuración del capitalismo que Harvey (2004) llamó *Nuevo Imperialismo*, el cual apareció en Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos, donde simultáneamente aparecieron los principales teóricos del parto natural (Lamaze, Dick-Read y Bradley) de aquellos tiempos.

Dicha re-configuración del poder global requería una injerencia activa en las poblaciones en las cuales se pretendía reafirmar su poder; toda la emergencia de esta técnica corporal vinculada a la reproducción de la capacidad productiva era un medio por el cual la burguesía afirmaba su diferencia y su posición de hegemonía (Foucault, 2009, p.138). Un aspecto que Harvey (2007) explicó es que la capacidad productiva de un país crea las bases de la hegemonía en el capitalismo, en otras palabras, que la soberanía y la autonomía de un país estaban en la fuerza y capacidad de su población.

En los años 70, cuando se empezaron a producir los primeros debates alrededor de la humanización, cuando surgió el desarrollo de la Medicina Basada en Evidencias y apareció una nueva oleada de mujeres y feministas vinculadas al parto, el mundo asistió a una nueva crisis de acumulación del capital, es decir, de acumulación de mercancías, de dinero o de capacidad productiva (Harvey, 2004, p.80). Era un escenario perfecto (desde la absoluta ausencia de criterios éticos, morales o de justicia) para la producción de ideas y un discurso de legitimidad científica que no garantizaba la asistencia al parto y el nacimiento de las mujeres y niños del tercer mundo. Los primeros informes del Banco Mundial sugerían que: “La pobreza, la mala salud, la fecundidad y mortalidad elevadas, el fatalismo y unas perspectivas a corto plazo pueden dar lugar a un cierto equilibrio social, si bien de bajo nivel” (Banco Mundial como citó Frizon, 2000, p.125). Es decir, que la producción de este discurso de muerte es absolutamente intencional. El escenario de aquellos años reclamó un freno absoluto al acceso a tecnologías que pudieran seguir garantizando la reproducción de la vida en territorios en los cuales se diseñaban nuevas tácticas de re-colonización.

Las ideas que se diseñaron eran el espectro del egoísmo *neoimperialista* de frenar la prosperidad y la autodeterminación económica de los países en desarrollo; a través del diseño de políticas de reproducción y su amplia enunciación, como una táctica de control y administración de la reproducción de la fuerza de trabajo.¹¹⁶ De esta intervención estricta sobre las fuerzas productivas dependía la solución de la crisis del capital y refrenar la producción de excedente de seres humanos.

Sin embargo, las mentes cocreativas del laboratorio de ideas del Banco Mundial tenían algunos desafíos económicos para solucionar (en el lenguaje empresarial): *¿Cómo tornar este*

116 Durante la conferencia celebrada en Niamey (Nigeria) el pasado mes de febrero, sobre “La maternidad sin peligro”, el Vicepresidente del Banco Mundial, Sr. Jaycox, insistió sobre la necesidad de reducir la mortalidad infantil en África y también la tasa de nacimientos (de 6.7 partos por mujer en edad de procrear, se debería descender a 3.3 de ahora al año de 2015) (Mujeres de Europa, p.35, 1989).

control de la reproducción un negocio lucrativo?, es decir, *¿Cómo exterminar¹¹⁷ mujeres y niños, no tener costes y rentabilizar todo esto?* Harvey (2004, p.119) explicó que “lo que posibilita la acumulación por desposesión es la liberación de un conjunto de activos (incluida la fuerza de trabajo) a un coste muy bajo (y en algunos casos nulo). El capital sobreacumulado puede empoderarse de tales activos y llevarlos inmediatamente a un uso rentable”. En el tema de los partos, eso se traduce en lo que explicó Falcón (1994) en su estudio sobre la reproducción, según el cual la producción de la fuerza de trabajo ha sido siempre gratuita porque las mujeres históricamente lo hicieron siempre sin costes para el Estado. El período que antecede a esta crisis del capitalismo en los años 70 coincide con el avance cada vez más creciente y paulatino de la medicalización, la intervención y la hospitalización de los partos, así como el desarrollo de una estructura de Estado que ha dado el soporte para el avance de estas políticas; mismas que iban más allá de los servicios de salud hacia todo un sistema de seguridad social que favorecía fundamentalmente a las mujeres.

En este sentido, la institucionalización del parto ha generado “costes innecesarios” para la máquina capitalista, que siempre han sido subvencionados por la capacidad productiva directa y gratuita de las mujeres. La aparición de toda una crítica de las intervenciones es un eufemismo para el estado de bienestar y todo lo que representaba a nivel de políticas para las mujeres. Estas son ideas que aparecen bien articuladas desde la matriz. Lo clave en la producción de este debate parece apuntar hacia las ideas, la producción de ideas y la cooptación discursiva de mujeres influyentes de diferentes sitios del mundo en aquellos años. En la prensa feminista panorámica se encuentran muchos ejemplos de cómo el discurso neoliberal producido por el Banco Mundial penetra en el lenguaje de las mujeres. A través de cursos, de expertos, de la literatura, de encuentros de colaboración con organismos financieros, de la penetración y colaboración de grandes empresas, multinacionales. En la revista *Mujeres de Europa* son muchos los ejemplos de esta alianza perversa con el neoliberalismo.

La Asociación del “Women’s World Banking”¹¹⁸ (c/o María Grazia Randi, Corso Europa 14,

117 Véase como estas políticas de crueldad y muerte son una realidad en la República del Congo.

118 Este organismo financiero que acaba de cumplir diez años [...] ofrece préstamos comerciales a las mujeres (principalmente del Tercer Mundo) que quieran crear una empresa, sobre todo si algún banco les denegó el préstamo por razones familiares (no tener marido, ni parientes próximos) o porque la cantidad solicitada no era bastante elevada para ser rentable. Con sede en New York City, el WWB quiere ampliar sus actividades con vistas a una mayor independencia de las mujeres en los próximos diez años. Para conseguir este objetivo, el banco ofrece los siguientes servicios: ayuda a las mujeres a encontrar inversores para su empresa, ofrecerles

20112 Milano) ha finalizado su primer curso de formación para mujeres jefes de empresa en el que ha participado 28 mujeres, durante tres meses, con excelentes resultados. La experiencia debería repetirse (Mujeres de Europa, 1989, p.29)

Tal y como lo explicó Harvey (2007, p.124) “se recibieron fondos de empresas simpatizantes para la financiación de *think-tanks* muy selectos que fueron produciendo un flujo continuo y creciente de análisis, escritos polémicos y declaraciones políticas durante las décadas de los 60 y los 70; sin embargo, en esa época todavía se trataba de una corriente poco relevante y hasta desdeñada por la tendencia predominante”. De ahí la aparición de la Medicina Basada en Evidencias, impulsada por un *think-tank* británico en 1972 – *Nuffield Trust* – y luego la participación de la Ford Foundation¹¹⁹ en la fundación del movimiento internacional de mujeres por la salud, *Women’s Global Network for Reproductive Rights (WGNRR)*, que ha creado un movimiento en América Latina y el Caribe, la *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)* a lo largo de los años 70. Vale anotar que la principal campaña llevada a cabo por este movimiento en los años 90, “Maternidad Sin Riesgos”,¹²⁰ fue una iniciativa diseñada por el Banco Mundial (ver documento VII en Anexo VI).

Igualmente, encontré información en el sitio web de una de las organizaciones históricas más antiguas del parto humanizado en Reino Unido, el National Trust Childbirth (NTC), que en 2016,¹²¹ cooperaba con las siguientes empresas: Marks & Spencer, Starbucks, Vitabiotics Pregnacare, Pampers, Slater and Gordon, Legal & General, Big Yellow, Sudocrem Care & Protect, AbbVie, Bright Horizons. Vale todavía mencionar la financiación de la Bayer a la revista feminista española más expresiva de los años 70 *Vindicación Feminista*. Estos datos explican lo que Nancy Fraser (2009) llamó una “afinidad perversa” entre el feminismo y el neoliberalismo, así como, los caminos de penetración del discurso neoliberal en el movimiento feminista, y más concretamente, el feminismo por la humanización del parto.

cursos de formación y ayudarles a ampliar sus mercados (Mujeres de Europa, p.34, 1991). En realidad, hay un sinfín de artículos y noticias en la Revista Femmes d’Europe/Mujeres de Europa que evidencian el intenso financiamiento de la iniciativa empresarial en las políticas para mujeres en la Comunidad Europea entre los años 70 y 90.

119 Ver en: <<http://wgnrr.org/funders/>>, acceso en 18/07/2019.

120 En 1990 se han recibido las siguientes donaciones para el trabajo de coordinación: Ministry of Foreign Affairs, Netherlands DFL 113,000; ICCO (Interchurch Organisation for Development Cooperation) Netherlands DFL 30,000; Commission on Interchurch Aid of Dutch Reformed Church, Netherlands DFL 5,000; NOVIB (Dutch Organisation for International Development Cooperation) Netherlands DFL 75.000; The Funding Exchange, USA, \$ 3,000; The Jessie Smith Noyes Foundation, USA, \$15,000. Donaciones otorgadas específicamente para la Campaña por la Prevención de la Mortalidad y Morbilidad Materna: International Women’s Health Coalition, USA, \$ 10,000; Family Planning International Assistance, Planned Parenthood

121 Ver en: <<https://www.nct.org.uk/corporate-partnerships/who-we-work-with>>, acceso en: 30/03/2016

Otro dato que me permite explicar la entrada de los conceptos de libertad y no intervención en la asistencia al parto, es decir, de la incorporación enunciativa del repertorio neoliberal; se trata del hecho de que en el momento en que se empezó a enunciar y denunciar el intervencionismo médico en los partos, simbólicamente representado por el discurso de la “cesárea innecesaria”, más de la mitad de la población en el mundo no tenía acceso a los servicios de salud (ver documentos I-V en Anexo VI). El campo de penetración del discurso de no intervención proviene de la nueva metáfora ampliamente enunciada por la fisiología moderna en la voz de la obra de Michel Odent y sus “necesidades básicas de las mujeres en el trabajo de parto”. En este discurso se observan los elementos incorporados del informe del Banco Mundial desde 1975. Adicionalmente, apareció el discurso de evidencias en las Recomendaciones de la OMS sobre el parto, en especial la que recomienda una tasa de 15% de cesárea, lo cual constituye una verdadera expresión de su máximo cinismo en aquellos años (1985).¹²² Los datos de la propia OMS son claros y están disponibles: en la medida en que se aumenta la tasa global de cesárea se reduce la mortalidad materna en el mundo; esta, pese a ser una información compartida por todos, es discursivamente silenciada. Los datos de aquellos tiempos dejan entrever que la mayor causa de mortalidad materna, contraponiendo el discurso de medicalización e intervención en los partos, es social.

Las ilustraciones presentadas en esta tesis sobre la condición de la asistencia al parto en países periféricos en la prensa feminista panorámica en los años 90 son una evidencia contundente de la relevancia de los *determinantes sociales en salud* para el freno de la mortalidad materna e infantil. Así que la tragedia de la cesárea innecesaria como representación simbólica máxima de la intervención en el cuerpo femenino es una retórica perversa que niega a las mujeres pobres y socialmente excluidas el derecho de seguir vivas después de sus partos. Se trata de un discurso con una enorme inversión en investigación para generar estas conclusiones de que la cesárea ponen las mujeres y los niños en riesgo.¹²³ Actualmente no es posible leer un único informe o trabajo científico que no respete y enuncie la verdad de la tasa de “15%” de cesáreas recomendadas por la Organización Mundial de

122 Según Diniz (2001, p.87), “los documentos de la OMS de 1985 no se constituyen formalmente como una carta de derechos de las parturientas, aunque indiquen derechos que fueron en la década de los 90, organizado como tales (o su vindicación) por instituciones internacionales de la sociedad civil como AIMS (Association for the Improvement of Maternity Services).”

123 Luzes (2007) recopila en su tesis decenas de «evidencias» que contienen esta enunciación. A título de ejemplo: «En el caso de mujeres saludables que hacen cesárea electiva, el riesgo representase en tres veces más oportunidades de morir» Traducción libre del original «E no caso de mulheres saudáveis que fazem cesárea eletiva, o risco representa-se em três vezes mais chances de morrer» (Bewley y Cockburn citado por Luzes, 2007)

Salud en la Carta de Fortaleza de 1985.¹²⁴ Por mi parte, en esta tesis deseo tornar evidente que la legitimidad de los “15%” es la legitimidad de *la muerte*. Michel Odent, uno de los más respetados teóricos del campo, enunció que la cesárea es absolutamente segura.¹²⁵ Desde su obra “A cesariana” hasta sus trabajos más recientes,¹²⁶ es posible observar cómo su discurso está cambiando con el tiempo porque es posible cada vez más encontrar en su literatura una sutil evocación a la cesárea como mejor opción. Deseo aclarar que aquí no se trata de una defensa de la cesárea como la mejor o peor opción para el parto. El objetivo del planteamiento es evidenciar que el debate de la cesárea electiva o innecesaria desvía el enfoque principal del corazón de la mortalidad materna global, es decir, *la pobreza*.¹²⁷

La pobreza está presente en el 99% de las causas de mortalidad de las madres. *¿El otro 1% de las madres que están muriendo en los partos dónde están?* Aquí se presenta un tema clave: la programación de las personas, la programación cerebral. Son muchas las evidencias y los discursos científicos que se construyen con este objetivo, visando la modulación epigenética, corroborando para la protección del *imprinting* de los bebés que nacen. Pero hay que preguntarse: *¿Cuál es la primera impresión de un bebé que nace en la pobreza?* Si observamos que la mayoría de los países con elevadas tasas de mortalidad en los años 80 tenían tasas de cesáreas por debajo del valor recomendada por la OMS, torna evidente que se quiere programar la memoria de la muerte, la impresión de la muerte, el mundo mortal desde el nacimiento. En definitiva, “la cesárea innecesaria” como discurso privilegiado de la lucha por el parto humanizado es notablemente un discurso económico imperialista, una farsa disimulada como tragedia, la verdadera faceta de las necropolíticas reproductivas diseñadas

124 Disponible en: <http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf>, acceso en 24/07/19. Las noticias más actuales sobre este tema no paran de anunciar una serie de criterios que se siguen creando para tornar la cesárea cada vez más innecesaria. En 2014, una noticia enunció que solo hay dos indicaciones absolutas de cesáreas. Ver: <<http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2014/10/so-ha-duas-indicacoes-absolutas-de-cesarea-diz-medico-da-federacao-de>>, acceso en 18/07/2019. La prensa vincula noticias notablemente eugenistas sobre la cesárea y la selección de la especie. Ver: <https://cadenaser.com/ser/2016/12/06/ciencia/1481041675_914409.html#?ssm=14092012-Ser-rs-1-Fb>, acceso en 18/07/2019. Los costos con la cesárea también son un argumento para la categoría «innecesaria». Downe (2014) relata que los costes con el exceso global de cesáreas en 137 países en 2008 fue de 2.32 billones de dólares.

125 Odent (2004) explica que Michael Stark y sus colaboradores introdujeron un método basado en la incisión de Joel-Cohen que eliminó muchos pasos innecesarios, reduciendo la pérdida de la sangre y el tiempo de la operación, de forma que la cesárea se estaba tornando cada vez más segura.

126 En *El nacimiento en la era de plástico (2011)* el autor cita una serie de estudios que comprueban la seguridad de la cesárea comparada con el parto normal y llega a enunciar que “la seguridad de la cesárea es comparable a la seguridad del parto vaginal” (Odent, 2011, p.35). Para Odent, “es preferible una cesárea que un parto largo, difícil y medicado por vía vaginal, o bien una cesárea de urgencia. “La cesárea se ha convertido en una operación fácil, rápida, y cada vez más segura” (Odent, 2011, p.68).

127 El 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo, en zonas rurales y comunidades pobres. Datos disponibles en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>>, acceso en 20/07/2019.

por los organismos financieros internacionales.

En consecuencia, el parto humanizado a cargo únicamente de la iniciativa privada es económicamente discriminatorio. El tema de la mortalidad en realidad se sale del escenario y del centro de la problemática para incorporar el deseo y la satisfacción de las mujeres. La verdadera tragedia del nacimiento no es la cesárea electiva, sino el hambre. En cambio, el derecho de dejar morir y hacer vivir es transferido al discurso de la naturaleza. La supuesta “madre naturaleza” con su mano invisible torna visible las evidencias de sus elecciones. La libertad de auto-regulación de los cuerpos empresariales que se quieren liberar, competir entre sí, libres del monopolio, del médico como metáfora del intervencionismo estatal.

Hasta el momento la industria capitalista se ha lucrado con los cuerpos femeninos, bien dispuestos, produciendo desde tiempos inmemoriales seres humanos en serie. Es el tiempo y la crisis demanda de una profunda revolución del margen de lucro, produciendo el activismo de los *cuerpos-merchan* del espectáculo del parto. Cabe preguntarnos, *¿Por qué todavía muchos seres humanos siguen siendo reproducidos, de forma cada vez más creciente a nivel global por medio de la cesárea?* Parece claro que la respuesta puede ser encontrada en la producción de un ejército de “trabajadores agradecidos”.¹²⁸

Lo más beneficioso para las empresas es contratar a trabajadores discapacitados (los que físicamente puedan ser explotados) en vez de trabajadores “normales”. A esto llama “responsabilidad social empresarial” (a lo que se le da las siglas RSE) y lo promueve la Fundación La Caixa a través de su programa *Incorpora*, a empresas como Repsol, una fórmula que aseguran que está llena de “valor añadido para disminuir en su plantilla el absentismo laboral” con “trabajadores agradecidos” que “se sienten más motivados” (Gefael, 2015, p.45).

Siendo así, parece evidente que el parto funciona como un producto cultural de cada sociedad que crea sus estrategias de asistencia para asegurar la producción de una especie adecuada al orden social existente. En la estructuración de los paradigmas de asistencia trazados por Davis-Floyd (2000) se pueden identificar los cambios y elementos que conforman un modelo de parto para cada etapa del desarrollo del capitalismo. En el paradigma humanista hay una personalización del cuidado tecnocrático, es decir, la humanización en realidad se trata de una técnica *tecnocrática compasiva*.¹²⁹

Si el parto por cesárea tiene el poder de promover un colapso global de los sistemas de salud como dicen los médicos expertos del campo en la película documental activista

128 Una hipótesis abierta a la investigación. ¿O sería la producción de una especie políticamente correcta, libre de toda rebeldía o este ser ideológicamente peligroso que amenaza el buen funcionamiento de la tiranía económica global?

129 Aquí me inspiro en el aporte conceptual de Davis-Floyd (2000).

Microbirth (2014), de Toni Harman y Alex Wakeford, la tasa de cesáreas sigue creciendo para producir estos “trabajadores agradecidos” para la benevolente responsabilidad empresarial. En la falsa oposición de la UNICEF a las nuevas ideas de la OMS en los años 80 para la atención a la maternidad y la salud de los niños, sugeridas por el equipo de altos expertos economistas del Banco Mundial, encontramos la primera farsa de la nueva configuración que se diseñaba alrededor del discurso de las evidencias. En este sentido, lo que parece claro es que si una idea se ha tornado tan poderosa y seductora es porque hubo poderes, una producción de saberes, desde donde nace toda la panoplia de las «evidencias científicas».

De hecho, aunque esta reflexión pueda resultar incómoda hay que puntuar los problemas que estos discursos de humanización, pautados en la libertad y la no intervención en los partos, pueden afectar directamente a la vida de las mujeres, entre los cuales podemos nombrar los siguientes:

- (1) La ruptura de la solidaridad, la explotación de las mujeres hacia otras mujeres y la cooptación/capitalización de la competencia “cultural-natural femenina”;
- (2) El incremento de la competición y su fragmentación en unidades micro-empresariales;
- (3) Una ofensiva anti-liberación, un retorno hacia la casa bien como la reestructuración del capital pautada en la exploración del cuerpo de las mujeres;
- (4) Introducción trabajos precarios de bajo coste, como doulas voluntarias y comadronas tradicionales;
- (5) Implementó la privatización de la salud, destituyendo las oportunidades y los derechos a la asistencia, produciendo un ejército de personas “sin elección”.

La explosión de partos sin asistencia, ampliamente explotados en un *reality show* americano, representan verdaderos cuentos de una tragedia anunciada. El músico Gil Scott Heron grabó una canción que decía “La revolución no será televisada, hermano, la revolución será en vivo”. La ilusión de libertad que evocan estos partos televisados es la gran trampa de la no intervención que implementa desde su nacimiento una cultura de vigilancia y seguridad, que fue bien descrita por George Orwell en su novela *1984*. Foucault (2008, p.183) también ya había explicado que “la libertad del mercado necesita de una política activa y extremadamente vigilante”. Si abrimos “las puertas de la percepción” (tomando de préstamo el título del ensayo de Aldous Huxley) la libertad como técnica corporal privilegiada del parto humanizado funciona como las alas del personaje mitológico Ícaro, cuanto más libertad

tienen las mujeres, más se arriesgan, más se acercan a la caída en el abismo.

Bajo mi interpretación lo que está en curso en este proyecto tiene un nombre y lo repito: *genocidio*. Es sobre pobreza, ganancia, es sobre todo un conjunto de intereses políticos ocultos, sobre la maldad y la manipulación alrededor del momento más peculiar de una mujer, un niño, una familia, la comunidad humana. Para la filósofa Braidotti (2013, p.147) «la política contemporánea se caracteriza por un grado de crueldad tan elevado que sería irresponsable no tenerlo en cuenta». La autora explicó que el «aumento del interés discursivo por las políticas de la vida en sí, en otras palabras, impacta también en la dimensión geopolítica de la muerte y el asesinato». En ese mismo sentido, manifestó que el concepto de necropolítica amplia y profundiza el análisis de Foucault de la gestión biopolítica de la supervivencia al redefinir este poder como una administración de la muerte, que Mbembe definió conceptualmente como una «general instrumentalización de la existencia humana y destrucción material de los cuerpos humanos y de la población» (Braidotti, 2013, p.147). Así que por todo lo presentado esta técnica corporal de asistencia al parto esconde un proyecto:

(1) Imperialista. Construido por una élite, desde el corazón del poder y una imposición de una política estructural diseñada para manutención del orden económico y poderío global;

(2) Antidemocrático. Ignora las bases de la sociedad, el amplio debate y participación popular. El proyecto es construido por algunas voces autorizadas en posición privilegiada;

(3) Genocida. La muerte planificada de mujeres y niños en países periféricos mantiene la expropiación del eje central e injusticia económica global;

(4) Racista. Las mujeres negras y minorías étnicas representan las categorías raciales tridimensionalmente violadas por este proyecto (raza-sexo-clase);

(5) Excluyente. El diseño del proyecto no considera las necesidades concretas de los seres humanos;

(6) Criminal. Porque viola derechos sociales más fundamentales, el derecho a la vida.

En resumen, este modelo de asistencia es una de las facetas corporales de la amplia necropolítica neoliberal diseñada para exterminar algunos “humanos políticamente indeseables”.

II

El feminismo por el parto humanizado es una de las tecnologías del poder neoliberal. Para

explicar este funcionamiento de la lucha política de las mujeres por el parto humanizado hay que recurrir al concepto de “sociedad civil” elaborado por Foucault (2008). Para el autor la emergencia de la sociedad civil es el resultado del problema que aparece en el arte del gobierno neoliberal “¿cómo gobernar, de acuerdo con las reglas del derecho, un espacio de soberanía que tiene por infortunio o ventaja, como quieran, de ser poblado por sujetos económicos?” (Foucault, 2008), es decir, cómo impulsar una práctica gubernamental en una sociedad formada por un conjunto de *homo oeconomicus*, sujetos empresariales. Para Foucault (2008), la sociedad civil no es una idea filosófica, pero una tecnología de gobierno “cuya medida racional se debe indexar jurídicamente a una economía entendida como proceso de producción y cambio” (Foucault, 2008, p.402). Para entenderlo bien, Foucault (2008) explicó que el *homo oeconomicus* y la sociedad civil son indisociables. El primero funciona como un punto abstracto, el segundo como un conjunto concreto del cual es preciso re-colocar los hombres económicos para poder administrarlos convenientemente. Los dos hacen parte de un mismo conjunto, el conjunto de la tecnología de la gubernamentalidad neoliberal. Veamos ahora cómo este concepto nos ayuda a comprender las dinámicas del movimiento feminista por la humanización del parto en la realidad social actual.

Desde la lectura realizada en esta tesis, he identificado que las luchas feministas alrededor del parto se remontan a la labor de un movimiento de madres de finales siglo XIX y principios del siglo XX. Tal trabajo desarrollado por estas mujeres engendró una serie de políticas en países europeos que terminarían por conformar la tercera etapa de evolución del capitalismo, los estados de bienestar. Lo que aparece en la recuperación histórica de casos ilustrativos de este período es un feminismo que está en la vanguardia de la medicalización y hospitalización de los partos, que encontró su ápice en los años 60 (Luzes, 2007). Este coincide en un momento histórico con el surgimiento de un otro movimiento de mujeres alrededor del parto en los años 40 y 50 en Reino Unido, Francia y EE. UU., (período de expansión de los métodos “Parto sin Dolor” y “Parto sin Miedo”), que a partir de los años 70 impulsó una nueva práctica discursiva en este campo.

Para comprender el papel del feminismo por la humanización del parto como “sociedad civil” en aquellos años, hay que observar todo el escenario histórico-económico en el que se conciben estas prácticas discursivas. En los años 70, el capitalismo entra en la etapa actual, en su fase de mercado, y empezó a demandar una nueva tecnología de gobierno que permitiera una administración racional de los sujetos-empresariales que se quería engendrar. No es mera coincidencia que el movimiento feminista de aquellos años empezara a producir una crítica

radical al estado de bienestar en consonancia con la producción académica y social en contra de todas las formas de injerencia del Estado en la economía. He argumentado en la primera tesis como los datos recolectados explican esta articulación feminismo y neoliberalismo.

Debemos considerar que esta nueva oleada feminista y su nuevo discurso por reconocimiento coinciden con la emergencia de la sociedad de la información, del mercado de las ideas, del capitalismo cultural. Lo que aparece en aquellos tiempos, con los movimientos de mujeres por la salud, el colectivo de Boston, la metodología *self-help*, los grupos de autoconciencia, y todas las series de iniciativas individuales en este campo de la salud de la mujer, como los Centros de *Planning* en territorio español, de hecho, encontró toda una estructura socio-económica favorable al desarrollo de estos discursos, y sus nuevas ideas tan cargadas de anti-fordismo y pos-industrialismo.

Este feminismo marginal, aquí me refiero al feminismo por la humanización del parto, vinculado a la segunda ola mantuvo encendida algunas pautas políticas de sus antecesoras, las feministas maternalistas, con una evidente actualización, la revolución del capital. Parece claro que la revolución del capitalismo al cambiar su arte de gobierno demandó la creación de nuevas tecnologías de poder que pudieran garantizar su sustentación. Las tecnologías del poder de gobierno empiezan por el control de su producción-reproducción fundamental: el útero. Hay que liberar el útero, para que él pueda manifestar su verdad e permitir el perfecto desarrollo de la nueva práctica gubernamental.¹³⁰

En los años 70, era necesario un “nuevo feminismo maternal”, una nueva “tecnología de reproducción”, una nueva forma de “parir y nacer” para engendrar (literalmente) la sociedad empresarial. Esto pasa no solo por la producción de la libertad o de las libertades a nivel político como explicó (Foucault, 2008), desde la implantación del valor supremo la libertad en el útero, desde la matriz, hasta la supresión del significado fundamental que ocupa la vida. Si las madres-feministas del pasado lucharon por condiciones de vida como categoría central de la justicia, el “nuevo feminismo maternal”, es decir, este feminismo *sui generis* vinculado a la humanización del parto, lucha por la satisfacción hedonista de su libertad de elección sobre todo y a pesar de no sobrevivir.

La nueva generación de madres feministas sacrifica sus vidas por el deseo de libertad y de la reproducción cultural-ideológica-fisiológica de la descentralización de poderes en el interior de sus cuerpos. En otras palabras, a pesar de la destrucción de los derechos y las

¹³⁰ Aquí me utilizo de la reflexión foucaultiana del neoliberalismo y la biopolítica para explicar como el útero liberado se integra como tecnología del poder gubernamental.

garantías fundamentales que les han otorgado la vida. El resultado es la producción de la mercantilización de todos los aspectos de la vida basados en el culto de la “responsabilidad personal” de cada individuo por su propia situación. Esta es la coyuntura en que la libertad como un discurso de la naturaleza, la ley de la naturaleza, que contiene esta especie de verdad sobre la autorregulación. Se refiere a una nueva justificación para el derecho soberano gubernamental del mercado para hacer morir sectores económicamente indeseables con el consentimiento del cuerpo-propiedad de las mujeres.

La *interface* entre el discurso feminista y las prácticas neoliberales enseñan cómo sus prácticas comparten las filosofías del poder económico y nos permiten seguir la formación histórica de sus ideas. Si lo miramos detenidamente los enunciados que defienden la libertad de las mujeres se remontan a un pasado totalmente desconectado del feminismo, que como idea-concepto, funciona como un discurso de seducción para impulsar valores anti-feministas. Un ejemplo concreto de esta ambigüedad contra-revolucionaria en la lucha de las mujeres es la figura de la *doula*¹³¹. El rescate de la “esclava” para el escenario del parto es una ilustración perfecta de cómo estas ideas representan una contra-ofensiva hacia la dignidad de la mujer. Basta recuperar la historia del trabajo de las doulas en la sociedad griega antigua para saber que ellas no tenían ningún vínculo directo con la asistencia al parto. Es una metáfora engañosa que recupera la intención simbólica del trabajo esclavo y gratuito no reconocido, y en muchos casos forzado, de parir los niños.

La ingeniería que se desarrolla en este período es el traspaso de poderes sobre el cuerpo femenino, de la explotación-institucional (Estado-Empresa) a la auto-explotación de la iniciativa privada (Mercado). Este proceso que se engendra a través de la generalización de la libertad de elección como un valor supremo. Desde ahí, se crean las condiciones de reproducción y actualización de la explotación del cuerpo de las mujeres. La genialidad del modelo neoliberal reside en colocar el cuerpo femenino en la orden de la competencia en todos los niveles. El útero se ha tornado un mercado-mercancía-merchan. Lo que se ha anunciado con la aparición de este movimiento por el parto humanizado es el cuerpo femenino abierto a explotación privada y des-regulada del capital. Y son las propias mujeres que movilizan la injerencia del capital sobre sus cuerpos, desde una teocracia-académica (con

131 La palabra doula aparece en la literatura activista como una palabra de origen griega que significa “mujer que sirve”. La investigadora encontró la palabra “douloi” que significa esclavos. Encontré la traducción de servidumbre, esclavitud, - δουλεία, δουλεία en griego. La palabra δούλα, doula en griego quiere decir odalisca, la escrita de esclava es δούλος. La doula, por tanto en tiempos antiguos sugiere una condición social de triple subordinación, además de mujer y esclava, con los servicios propios de su condición, la correlación con la palabra odalisca, sugiere todavía la prestación de servicios sexuales. (Cavalcanti 2014)

el apoyo de los antropólogos expertos en parto y nacimiento), militantes, personas influyentes, *pop-stars*, y organizaciones de madres consumidoras por el mundo.

La agenda política se construye en la defensa de la propiedad de su cuerpo. En la intransigencia de la autonomía, de la libertad individual y de elección sobre el uso de su cuerpo. Tal categoría como principio político en este contexto parece absolutamente problemática. Según Carole Pateman en su obra *El contrato sexual* en que investiga las teorías políticas del contrato social explica que la noción de “propiedad de uno mismo” fue una doctrina política para justificar la esclavitud de los seres humanos (Pateman, 1995, pp.102-103). En este sentido, la defensa de la propiedad del cuerpo como un principio que vindica el derecho de las mujeres sobre sus partos, funciona como un argumento que sostiene toda la contradicción de la lucha de las mujeres: su exploración en diferentes ámbitos, desde la prostitución a los vientres de alquiler, «el cuerpo es suyo», así lo dicen.

Mientras estos nuevos movimientos sociales dirigen sus fuerzas para pensar las injusticias en el ámbito de sus identidades grupales, una pauta no completamente superada fue abandonada en este momento estratégico. La aparición de estas prácticas sociales promueve una distracción para los temas que deberían ser centrales en aquellos momentos, por ejemplo, la manutención y el avance de las políticas redistributivas. Esta conclusión se pauta en el hecho de que los discursos enunciados por las activistas se vinculan notablemente al cuestionamiento y perfeccionamiento de políticas de ingeniería social neoliberal, en la medida que sus vínculos ideológicos evocan la reacción producida en los años 70 en el interior de las prácticas médicas, el retorno de la medicina liberal, como una enemiga de los fundamentos del estado de bienestar social. A esto me refiero a la constante evocación del discurso basado en la evidencia científica y de las recomendaciones de la OMS que a ella están asociadas¹³².

Por tanto, la crítica del capitalismo biomédico en el discurso activista se ha restringido a un modo de capitalismo biomédico, el modelo industrial, representado simbólicamente por la industria hospitalaria, en lo que se verifica una profunda confusión política-conceptual en muchos casos, como si el neoliberalismo/capitalismo no se revolucionara y adquiriera otras configuraciones. Una explicación sería la falta de formación política, de una trayectoria sólida en movimientos políticos de base o movimientos sociales más amplios. La propia

132 Yo no he recibido directamente formación de ellos, pero sí que ciertamente durante años estuve explicando las Recomendaciones de la OMS, por todas partes y parecía ya como se fuera yo una representante de la OMS. Porque cuando tenía que hacer un curso y algún tenía que hablar, iba yo explicar las recomendaciones, que me las sabía de memoria (Comunicación personal, Activista, grupo B).

estructura del Movimiento por la Humanización del Parto tiene muy poco que ver con la estructura de un movimiento político, en realidad se observa que casi todas las prácticas fueran subvertidas por prácticas empresariales. Se trata de un movimiento-empresarial, en esto consiste la dinámica de los grupos. Además que el movimiento evoca muchas las metáforas sexistas y humillantes que no parecen articularse con la resistencia feminista al poder del «patriarcado».

En la obra de De Beauvoir (2011) la autora explica que hay una recuperación en “la sociedad occidental contemporánea, [de] las costumbres [que] quieren generalmente que las mujeres se pongan en cuclillas, en tanto que la postura de pie está reservada para los hombres” (Beauvoir, 2011, p.377). *¿Por qué recuperar este tipo de representación cultural en un momento histórico en que las mujeres están conquistando su espacio político en la sociedad?* La posición de gatas en el parto natural, que evoca los animales, es colocada como la postura perfecta para la mujer, y tal recuperación desde la antropología cultural parece no tener otra función sino que humillar la dignidad de persona y recuperar la violación histórica de su condición humana. La contribución teórica de Michel Odent elevado a la suprema referencia representa el contrasentido de los fundamentos de este feminismo. En la medida que la defensa de la libertad de las mujeres está vinculada a la ruptura con los patrones culturales, característicos de los seres humanos. Lo que se observa en la obra de Odent es la emergencia de un nuevo aristotelismo travestido de trascendente: La revolución de los mamíferos en la que *algunos mamíferos son más mamíferos que otros*.

El plan de parto y la defensa concreta de las recomendaciones de la OMS funcionan como el contractualismo de la des-responsabilización. Veamos cómo estas relaciones se establecen. La mujer empresaria de su parto establece los límites de los trabajadores que lo asisten. Hay una inversión de roles, pero las relaciones de poderes siguen intactas. *¿Pero, porque es interesante que la mujer se torne la empresaria en esta relación?* En primer lugar, por una transferencia de costes y la consecuente legitimidad de la privatización de los servicios. En segundo lugar, es necesario que las mujeres asuman los riesgos, los fallos técnicos, la fatalidad (muerte) desde su libre elección, y así liberen el sistema de estas responsabilidades. Una clara producción de “fatalidades programadas”.

El feminismo por la humanización del parto de forma «inconsciente» actúa en función de las necesidades socio-económicas de una determinada etapa del desarrollo histórico y cultural del capital. Si existe un feminismo y un movimiento de mujeres organizado que construyen el

estado y las intervenciones gubernamentales y médicas sobre sus cuerpos es porque las mujeres siempre han actuado de forma colaborativa en la re-producción del orden social. Quizás por los límites impuestos por su condición cultural-biológica de mujer. En este aspecto, si hay un patriarcado como entidad viva y concreta, él no se asemeja a un poder, pero un anti-poder, sobre el cual las mujeres terminan por dar su acabado. Quiero decir que si hay un patriarcado, fueron las mujeres que lo parieron, y siguen siendo las mujeres que están pariendo la revolución permanente del capitalismo. Nosotras, mujeres, parimos toda la historia y ella es una evidencia de que el modo como hemos parido nuestros hijos no tiene la mínima relevancia. *¿Cómo explicar el nacimiento de seres humanos como Hitler, Pinochet, Mao Tsé Tung o Stalin? ¿Cómo explicar el apareamiento de dos guerras mundiales en un escenario donde las personas se reproducían naturalmente? ¿Porque milenios de partos naturales, libres y sin intervenciones no fueron capaces de instituir la civilización del amor, el paraíso en la tierra, la orden, la paz y la justicia?*

He aprendido en la lectura del tema a lo largo de estos años de investigación que los partos son productos del orden social, y no el revés. Las técnicas corporales de asistencia a los partos y nacimientos son respuesta a los imperativos culturales de cada sociedad que a lo largo de la historia diseñan mecanismos de reestructuración del poder y gestión de las poblaciones. En último caso, el parto, es el medio de producción de los “seres óptimos” reclamados por la revolución permanente del poder gubernamental. Falcón (1994) denunció en su tesis de forma contundente la relación entre parto y feminicidio a lo largo de la historia de la civilización. La historia del parto es la historia de la muerte de las mujeres y de los niños, es la historia del genocidio natural, de la eugenesia natural, del control de la “madre naturaleza”, esta especie de libertad que se quiere evocar.

La historia de la resistencia y de la lucha de las mujeres no es la historia de los partos felices y libres predicados por el activismo feminista por la humanización del parto, pero la historia de los abortos, del control de la fertilidad, de la rebeldía por su condición de ser mujer-animal-útero, mediada por una violencia que se justificó en el concepto de cuerpo-propiedad (supuestamente sometido) por el poder masculino. La historia de la resistencia es la historia de las esclavas, de las mujeres que mueren en sus partos sin apoyo cualificado. Es la historia de la mujer-propiedad del hombre que tenía como única opción política y social dar a luz a niños y cuidarlos, como única forma de sobrevivir en el mundo.

Es la historia de la mujer libre de cualquier derechos cuando perdía la protección y el

apoyo del padre de los niños porque no habían leyes ni garantías que protegiera a estas mujeres. Específicamente este Estado de Bienestar es una conquista política de las mujeres a la ausencia física y humana del padre de los niños. Esta racionalidad de gobierno fue una repuesta política a la vindicación de madres feministas sobre la situación cruel y trágica de la historia de las mujeres, aunque funcione también como una evolución del desarrollo económico, y ahí es que toda esta lucha – el feminismo por el parto humanizado – funciona como una tecnología del poder. El proyecto de libertad y no intervención en los partos en el lenguaje del nuevo feminismo maternal, ataca justo la única fuente de protección de las mujeres en sus partos del punto de vista político y social: la serie de políticas simbólicas institucionalizadas desde el poder del Estado para garantizar la responsabilidad social de los padres. La vindicación de la “libertad de elección” feminista que no protege a nadie, al revés, lanza las mujeres a la des-protección total de sus derechos es la anulación de todo un labor histórico de las madres.

“El paternalismo” es un derecho conquistado porque los niños son hijos sociales, hijos de la *polis*, de la comunidad humana. Esta comprensión más profunda del cuerpo puede impulsar una imaginación más equitativa de las responsabilidades de la comunidad humana en el parto y nacimiento. Por fin, todas las prácticas sociales que se acaba de describir corroboran para evidenciar el papel tecnológico que han tenido los discursos del feminismo por la humanización del parto para la administración de los sujetos económicos de capitalismo neoliberal.

III

De todo lo que se acaba de reflexionar sobre el campo, se puede concluir que el *respeto* en esta experiencia de parir y nacer debería recuperar un lugar de valor en el sentido *ético*. Estoy convencida de que el respeto no puede y no debería ser tratado como una mercancía, pero sí como un derecho social fundamental inalienable. El respeto a la dignidad de la persona humana trasciende el proyecto técnico-corporal y el cambio de protocolos médicos. La reflexión profunda sobre los fundamentos políticos y su re-significación está en el primer orden de la reconstrucción crítica de esta política para el parto. Por esta razón ofrezco estos análisis perturbadores en pro de una nueva imaginación antropológica, social y económica del parto y nacimiento. Deseo aclarar que esta tesis no tuvo el propósito de vindicar el fin del Movimiento por la Humanización del Parto y de todos los avances políticos y técnicos construidos en el sentido de garantizar el acceso a una experiencia respetuosa a las elecciones

de las mujeres en sus partos, bien como en el nacimiento de los niños.

El trabajo que vengo tejiendo a lo largo de todos estos años de estudio sobre el tema podría ser comprendido como la práctica del *hacker*. El hackeamiento se caracteriza por el análisis de los componentes de un sistema con el fin de encontrar sus fallos para luego indicar nuevos diseños que fortalezcan la seguridad y el perfeccionamiento del programa. Tal ha sido mi trabajo reflexivo e intelectual en este campo. Estuve obsesionada por comprender la producción de las contradicciones realmente existentes que impedían la plenitud de la aplicación y acceso a esta experiencia respetuosa de parir y nacer, es decir, los límites económicos, institucionales, morales, políticos o culturales.

Por ello, apreciaría compartir algunas ideas y posibilidades de acción con el Movimiento por la Humanización del Parto. De momento, el cuento de la poetisa africana y activista por los derechos de las mujeres, Phanem Tolba, es una excelente metáfora de la nueva economía del parto y el nacimiento del porvenir, en vista de que traduce la condición más fundamental que debería ser pensada en una política de asistencia al parto y el nacimiento humanos: la justicia.

La Canción de los Hombres. Cuando una mujer de cierta tribu de África sabe que está embarazada, se interna en la selva con otras mujeres y juntas rezan y meditan hasta que aparece la canción del niño. Ellas saben que cada alma tiene su propia vibración que expresa su particularidad, unicidad y propósito. Las mujeres encuentran la canción, la entonan y cantan en voz alta. Luego retornan a la tribu y se la enseñan a todos los demás. Cuando nace el niño, la comunidad se junta y le cantan su canción. Luego, cuando el niño va a comenzar su educación, el pueblo se junta y le canta su canción. Cuando se inicia como adulto, nuevamente se juntan todos y le cantan. Cuando llega el momento de su casamiento, la persona escucha su canción en voz de su pueblo. Finalmente, cuando el alma va a irse de este mundo, la familia y amigos se acercan a su cama y del mismo modo que hicieron en su nacimiento, le cantan su canción para acompañarle en el viaje. En esta tribu, hay una ocasión más en la que los pobladores cantan la canción. Si en algún momento durante su vida la persona comete un crimen o un acto social aberrante, se le lleva al centro del poblado y toda la gente de la comunidad forma un círculo a su alrededor. Entonces... le cantan su canción. La tribu sabe que la corrección para las conductas antisociales no es el castigo, sino el amor y el recuerdo de su verdadera identidad. Cuando reconocemos nuestra propia canción ya no tenemos deseos ni necesidad de hacer nada que pudiera dañar a otros. Tus amigos conocen tu canción, y te la cantan cuando la olvidaste. Aquellos que te aman no pueden ser engañados por los errores que cometes o las oscuras imágenes que a veces muestras a los demás. Ellos recuerdan tu belleza cuando te sientes feo, tu totalidad cuando estás quebrado, tu inocencia cuando te sientes culpable, tu propósito cuando estás confundido.

11 Referencias bibliográficas

- Alblas, M. (1996). ¿Quién necesita la píldora abortiva? Evaluación de una médica holandesa. *WGNRR Boletín*, 54, 7-8.
- Alcalde, C., & Balaguer, S. (1977). Escándalo en la Maternidad de Barcelona: Una madre no puede recuperar a su hijo. *Vindicación Feminista*, 6, 20-21.
- ALPACC. (2018). *Guia D'Assitencia al part a casa*. Santa Caterina: Associació Catalana de Llevadores.
- Anderson, P. (1995). Balanço do neoliberalismo. En A. Borón, E. Sader, & P. Gentili, *Pós-Neoliberalismo: As políticas sociais e o estado democrático* (págs. 9-23). Río de Janeiro: Paz e Terra.
- Angell, R., & Freedman, R. (1987). El uso de documentos, registros, materiales censales e índices. En L. Festinger, & D. Katz, *Los métodos de investigación en las ciencias sociales* (págs. 286-309). Barcelona: Editorial Paidós.
- Araya et al. (1997). La importancia de las relaciones interpersonales. *Revista Mujer Salud*, 4, 43-49.
- Arraiz, L. N. (2013). Los Think Tanks en EEUU y su influencia en la opinión pública. *Papeles de Liderazgo*, 3, 1-7.
- Ayres, J. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3), 549-560.
- Balaguer, S. (1977). Contracepción a la española: todas somos delincuentes. *Vindicación Feminista*, 7, 41.
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud*. Washington: Banco Mundial.
- Barbosa, R. (2006). Humanização da Assistência à saúde das mulheres: Uma abordagem crítica de gênero. En D. S., *Humanização dos cuidados em Saúde. Conceitos, dilemas e práticas* (págs. 323-350). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barreto, M. (2008). Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 15 (4), 901-925.
- Baumslag, N., & Vogel, L. (1990). Violencia contra las mujeres: un problema mundial. *WGNRR Boletín*, 32, 18-19.

- Beltrán, N. (1976a). El aborto delictivo en España. *Vindicación Feminista*, 1, 42-43.
- Beltrán, N. (1976b). El derecho a la separación legal. *Vindicación Feminista*, 6, 50.
- Beltrán, N., Estany, A., Goicoechea, M., & Moix, A. (1977). Divorcio: Mirando hacia atrás con pena. 7, 29-40.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3), 561-571.
- Berer, M. (1990). Controversia sobre el uso de Depo-Provera por Asiladas en Hong Kong. *WGNRR Boletín*, 32, 10-12.
- Bergstrom, S. (1993). Libertad y coerción en el control de la fertilidad. *Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, 42, 5-6.
- Blázquez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la Reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana (AIBR)*. (42), 1-25.
- Blázquez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. [Tesis doctoral]. Tarragona, España: Universidad de Rovira i Virgili.
- Blom, I. (1996). Maternidad voluntaria, 1900-1939: teoría y política de una feminista noruega desde una perspectiva internacional. En G. Bock, & P. Thane, *Maternidad y políticas de género* (págs. 51-80). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Bock, G., & Thane, P. (1996). *Maternidad y políticas de género*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Boletina, L. (2000). La sanidad y las mujeres. *La Boletina*, 19, 18-19.
- Bordeiu, P. (1998). *Contrafogos: Táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Río de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Borón, A. (1995). A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. En A. Borón, E. Sader, & P. Gentili, *Pós-Neoliberalismo: As políticas sociais e o estado democrático* (págs. 63-118). Río de Janeiro: Paz e Terra.
- Boston Women's Health Collective. (1970). *Women and their bodies a course*. Boston: Boston Women's Health Collective.
- Boudeguer, A. (1986). Objetivo: Humanizar el parto. *Mujeres*, 13, 22-24.
- Braidotti, R. (2013). *Lo posthumano*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Brigidi, S., & Comelles, J. (2014). La mirada (auto) etnográfica de tres comadronas y su

- traducción cinematográfica: Los vericuetos del yo autoral. *Revista de Medicina y Cine*. 10 (4), 174-182.
- Bulbring, E. (1991). Las mujeres del ANC quieren aborto a pedido. *WGNRR*, 35, 48.
- Busquets, M. (2017a). *Los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto*. [Trabajo final de Máster]. Barcelona: s/e.
- Busquets, M. (2017b). La supuesta promoción de la salud: una experiencia desde el asociacionismo en Dona Llum. *Mujer y Salud (Red CAPS)*. (42), 15-16.
- Busquets, M. (2018a). *Violència obstètrica envers les dones*. Obtenido de Diari de la sanitat: <http://diarisanitat.cat/violencia-obstetrica-envers-dones/>
- Busquets, M. (2018b). *Cap a un canvi de model: volem cases de parts públiques a Catalunya*. Obtenido de Diari de la sanitat: <http://diarisanitat.cat/cap-a-un-canvi-de-model-volem-cases-de-parts-publicues-a-catalunya/>
- Butler, J. (2011). Meramente cultural. En N. Fraser, *Dilemas de la justicia en el siglo XXI. Género y globalización* (págs. 255-273). Illes Balears: Ediciones UIB.
- Cais do Parto. (s.f.). *Sitio web Cais do Parto*. Obtenido de <http://caisdoparto.blogspot.com/>
- Canales, L. (197). La mujer en las Hurdes o el atavismo del sexo. *Vindicación Feminista*, 12, 19-22.
- Cano, P., Massaguer, M., & Del Moral, T. (2005). Titània-Tasco: Dones per la Salut - 20 anys d'experiencia en relació amb la creativitat femenina. *Duoda: Revista d'estudis feministes*. (29), 141-154.
- Careaga, P. (1976). El feminismo y el aborto en Italia. *Vindicación Feminista*, 6, 48.
- Carrera, J. (1980). *El parto ecológico: una forma más humanizada de dar a luz*. Barcelona: Editorial La Gaya Ciencia.
- Castells, M. (1999). *Sociedade em Rede*. São Paulo: Paz e Terra.
- Cavalcanti, A. (2010). *As experiências de parto de mulheres jovens da Várzea: O movimento de humanização do parto no contexto de grupos sociais vulneráveis*. Recife, Brasil: Universidade Federal de Pernambuco.
- Cavalcanti, A. (2014). *Liberdade para nascer: uma análise do discurso de humanização do parto no cinema documentário*. Recife, Brasil: Universidade Federal de Pernambuco.

- Cavalcanti, A. (2016). La economía del parto: Interfaces de la agenda neoliberal y de la lucha feminista por la humanización de la asistencia al parto. *Grafo Working Papers*. (5), 31-41.
- Chomsky, N. (2004). *O lucro ou as pessoas? Neoliberalismo e ordem global*. Río de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Clifford, J. (2011). *A experiência etnográfica. Antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Cochrane, A. (2000). *Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*. Barcelona: Asociación Colaboración Cochrane Española (ACCE).
- Col-Legi Oficial Enfermería de Barcelona. (2010). *Guia d'assistència del part a casa*. Barcelona: Col-Legi Oficial Enfermería de Barcelona.
- Comelles, J., & Brigidi, S. (2016). Etnografía, realidad y ficción en los médicos y enfermeras en las series de televisión. En S. Brigidi, *Cultura, salud, cine y televisión. Recursos audiovisuales en las ciencias de la salud y sociales*. Tarragona, España: Publicaciones URV.
- Conejo, M. (1998). Medicina indígena: Respuesta complementaria. *Revista Mujer Salud*, 41-43.
- Consejería de Sanidad. (2016). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Consejo General de Enfermería. (2015). *Informe sobre competencias de Matronas y tareas que realizan las Doulas*. Madrid: Consejo General de Enfermería. Obtenido de <http://www.informedoulas.com/documents/informe-competencias-de-matronas-2015.pdf>
- Correia, M. (2005). Da Crise do Welfare State ao estado máximo para o capital. En M. Correia, *O conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais*. Recife, Brasil: Universidade Federal de Pernambuco.
- Correia, M. (2007). *A Influência do Banco Mundial na orientação da política de saúde brasileira*. São Luis: Jornada internacional de políticas públicas.
- Costa, J. (1999). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.

- Cova, A. (1996). El feminismo y la maternidad en Francia: teoría y práctica política, 1890-1918. En G. Bock, & P. Thane, *Maternidad y políticas de género* (págs. 215-244). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Dale, J. (2013). *Conheça as novidades do lucrativo mercado da maternidade*. Obtenido de O Globo Rio: <https://oglobo.globo.com/rio/conheca-as-novidades-do-lucrativo-mercado-da-maternidade-10253347>
- Davis, R. (2000) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. In: International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brasil. International Journal of Gynecology & Obstetrics p. 5-23. Trad. Adriana Tanesse Nogueira.
- Davis, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y nacimiento humano*. Buenos Aires: Fund. Creavida.
- De Beauvoir, S. (2011). *El segundo Sexo*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- De Francisco, I. (1984). Parir en España. *Mujeres*, 2, 11-13.
- De La Fuente, M. (1993). Epidemiología de la Salud de las mujeres y enfermedades reproductivas en América Latina. *Red Mundial de Mujeres por los Derechos reproductivos - Seminario Latinoamericano*, 28-37.
- De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Delgado, A., & Castellote, E. (1980). La medicina popular en torno al embarazo y el parto en principios de siglo. En M. Kenny, & J. Miguel, *La Antropología Médica en España* (págs. 227-248). Barcelona: Editorial Anagrama.
- Della, M. (2015). *O preço de dar à luz ao redor do mundo*. Obtenido de BBC News Brasil: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150306_quanto_custa_parto_mdb
- Denzin, N. (2004). Reading film. En U. Flick, E. Kardoff, & I. Strike, *A companion to qualitative research*. London: Sage.
- Deslandes, S. (2006). Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. En D. S., *Humanização dos cuidados em Saúde. Conceitos, dilemas e práticas* (págs. 33-47). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dias, M., & Domingues, R. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização

- da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3), 699-705.
- Díaz, G. (1997). Salud Integral de la Mujer y Derechos Reproductivos en Brasil. *Revista Mujer Salud*, 3, 71-73.
- Diniz, C. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. [Tesis doctoral]. Sao Paulo: Universidade de São Paulo.
- Diniz, C. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3), 627-637.
- Dobraczynska, M. (1990). Actualidad sobre aborto en Polonia. *WGNRR*, 32, 13.
- Dona Llum. (s.f.). *Qui som*. Obtenido de Dona Llum: <https://www.donallum.org/associacio/qui-som/>
- Dones En Lluita. (1978). Mesa redonda sobre maternidad. 7-10.
- Dones En Lluita. (1978). Per una maternitat lliurement decidida. *Dones En Lluita*, 4, 2.
- Duhigg, C. (2012). *O poder do hábito*. Río de Janeiro, Brasil: Editora Objetiva.
- Ehrenreich, B. y English, D. (2006). Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. Chile: Metcalfe & Davenport.
- El Parto es Nuestro. (s.f.). *Lo que no somos*. Obtenido de El parto es Nuestro: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/lo-que-no-somos>
- El Parto es Nuestro. (s.f.). *Sitio web El Parto es Nuestro*. Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- El Parto es Nuestro, Dona Llum. (2015). *Crítica al Informe Doulas*. Madrid: El Parto es Nuestro, Dona Llum.
- Esteban, M. (1996). Relaciones entre Feminismo y Sistema Médico Científico. *Kobie*. (7), 17-39.
- Esteban, M. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M. Barral, & T. Yago, *Perspectivas de género en salud: fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas* (págs. 25-51). Madrid: Minerva.
- Estulin, D. (2018). *El instituto Tavistock*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.

- Falcón, L. (1994). *La razón feminista*. Madrid, España: Vindicación Feminista Publicaciones.
- Falcón, L. (1976). El genocidio negro: Rodesia y Sudáfrica. *Vindicación Feminista*, 2, 51-54.
- Falcón, L. (1978). La dudosa ética profesional de los médicos. *Vindicación Feminista*, 25, 18-19.
- Falcón, L. (1979). La futura ley del divorcio: del disparate a la desesperación. *Vindicación Feminista*, 29, 5-11.
- Falcón, L. (1980). La reproducción Humana. *Poder y Libertad*, 1, 34-42.
- Falquet, J. (2006). Três questões aos movimentos sociais “progressistas”: contribuições da teoria feminista à análise dos movimentos sociais. *Lutas & Resistências*. (1), 212-225.
- Falquet, J. (2008). Repensar as Relações Sociais de Sexo, Classe e Raça na Globalização Neoliberal. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*. 13 (1-2), 121-142.
- Falquet, J. (2012). DSK o El Continuum de Las Violencias Masculinas y Neoliberales. *Nouvelles Questions Féministes*. (31), 80-87.
- Falquet, J. (2013). *O capitalismo financeiro não liberta as mulheres: análises feministas materialistas e imbricacionistas*. París/Génova: IRD Editions.
- Falquet, J. (2014). Hacia un análisis feminista y dialéctico de la globalización neoliberal: El peso del complejo militar-industrial sobre las mujeres globales. *Revista Internacional de Pensamiento Político*. (9), 139-148.
- Faure, O. (2008). O olhar dos médicos. En A. Corbin, *História do corpo: 2.da revolução à grande guerra* (págs. 13-56). Brasil: Editora Vozes.
- Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 18 (01), 113-129.
- Femme Fatale. (2000). La recuperación de la sexualidad de la mujer: escuchar y sentir el latido del útero. *Luna - Fanzine Feminista: Iniciativa por la liberación de la mujer*, 8.
- Femmes D'Europe. (1983/1984). Les médecins déconseillent fortment les naissances à la maison. *Femmes D'Europe*, 33, 54.
- Femmes D'Europe. (1986). Nacimiento del Darndale Support Group. *Femmes D'Europe*, 48, 26.
- Fernández, L. (2005). Entrevista a María Jesús Montes Muñoz. *Duoda*. 28, 203-218.

- Firestone, S. (1976). *La Dialéctica del Sexo. En defensa de la revolución feminista*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Font, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata*. 7 (18), 129-145.
- Fort, J. (1991). Mortalidad Materna Hospitalaria y Acceso a Facilidades de Atención Obstétrica en Argelia. *WGNRR Boletín*, 35, 22-24.
- Fontanenla, M., & Bellotti, M. (2000). Feminismo y neoliberalismo. *Luna - Fanzine Feminista: Iniciativa por la liberación de la mujer*, 8.
- Foster, G. (1980). Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia”. En M. Kenny, & J. Miguel, *La Antropología Médica en España* (págs. 249-263). Barcelona: Editorial Anagrama.
- Foucault, M. (1979). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1995). *Arqueologia do saber*. Río de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1996). *A Ordem do Discurso: Aula inaugural no College de France (1970)*. São Paulo, Brasil: Ed. Loyola.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales: Curso del Collège de France (1974-1975)*. Madrid: Ediciones Akal.
- Foucault, M. (2004). *Seguridad, territorio, población: Curso del Collège de France (1977-1978)*. Madrid: Ediciones Akal.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978 – 1979)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2009). *A vontade de saber. História da sexualidade-Volume 1*. Río de Janeiro: Edições Graal.
- Frank, T et al. (2011). *La liberación de la mujer”*. In: *La conquista de lo cool: El negocio de la contracultura y el nacimiento del consumismo moderno*. Barcelona: Alpha Decay.
- Fraser, C. (1991). Las mujeres trabajadoras: catalizadoras de la conmoción soviética. *Poder y Libertad*, 15, 12-15.
- Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Debate Feminista*. 2 (3), 3-40.

- Fraser, N. (1997). Heterosexismo, falta de reconocimiento y capitalismo: Una respuesta a Judith Butler. *Social Text*. (52-53), 279-289.
- Fraser, N. (2001). Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. En J. Sousa, *Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea* (págs. 245-282). Brasília: Editora UnB.
- Fraser, N. (2007). Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. *Revista Estudos Feministas*. 15 (2), 291-308.
- Fraser, N. (2009). O Feminismo, o capitalismo e a astúcia da história. . *Mediações*. 14 (2), 11-33.
- Fraser, N. (2011). *Dilemas de la justicia en el siglo XXI. Género y globalización*. Illes Balears: Ediciones UIB.
- Fraser, N. (2012). La política feminista en la era del reconocimiento: un enfoque bidimensional de la justicia de género. *Revista de história de las mujeres*. 19 (2), 267-286.
- Fraser, N. (2014). Tras la morada oculta de Marx: Por una concepción ampliada del capitalismo. *New Left Review*. (86), 57-76.
- Fraser, N. (2015). *Fortunas del feminismo*. Madrid: Instituto de Altos Estudios Nacionales, Traficantes de Sueños.
- Freedman, L., & Isaacs, S. (1993). Derechos humanos y elección reproductiva en el derecho internacional. *Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, 43, 12-14.
- Frizon, M. (2000). A trajetória da saúde no interior do Banco Mundial. En M. Frizon, *O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS* (págs. 115-126). Campinas, Brasil: Universidade Estadual de Campinas.
- Fuentes, G. (1977). Hijos de madre hippie: libres, sucios y felices. *Vindicación Feminista*, 15, 26-28.
- Gálvez, M. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 63 (247), 103-119.
- García, M. (1976). Los abusos de los médicos. *Vindicación Feminista*, 3, 65.

- Garrido, M. (1981). Un parto en casa”, Poder y libertad. *Revista Teórica del Partido Feminista de España*, 4, 74-77.
- Gaskin, I. (2007). *Partería espiritual*. Buenos Aires: Mujer Sabia editoras.
- Gautam, S. (1997). Nepal: A un paso del 2000. *Revista Mujer Salud*, 3, 11-13.
- Gavarró, R., & Taboada, L. (2008). Entrevista con la Dra. María Fuentes: Faltan comadronas para humanizar el parto. *Mujeres y Salud*. (23), 6-10.
- Gavarró, R., & Taboada, E. (2008). Entrevista con Dra. María Fuentes: Faltan comadronas para humanizar el parto. *Mujeres y Salud*, 23, 6-10.
- Gefaell, C. (2015). *De la necropolítica neoliberal a la empatía radical: violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Gerschman, S. (2008). Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*. 13 (5), 1441-1451.
- Goicoechea, M. (1977). La trabajadora discriminada: Cruz y Raya. *Vindicación Feminista*, 10, 40-41.
- Gómez, A., Hellín, P., & San Nicolás, C. (2012). Los sentidos de la ciencia en el cine. Metodología para su análisis. *Razón y Palabra*. (78).
- González, A. (2005). Informe sobre el estado del desarrollo de la antropología de la procreación. *Periferia*. 3 (2), 1-7.
- González, A. (2010). Sobre la definición de los dominios transculturales La antropología del parentesco como teoría sociocultural de la procreación. *Alteridades*. 20 (39), 93-106.
- Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. . *Revista Cubana de Salud Pública*. 30 (2).
- Guillén, F. (2017). Maltrato en el parto: España denunciada ante el tribunal europeo de derechos humanos. *Mujer y Salud (Red CAPS)*. 42, 18-19.
- Gurgel, W., & Mochel, E. (2007). As origens da política nacional de humanização da gestão e da atenção em saúde no Brasil. *Ciências Humanas em Revista*. 5 (2), 71-93.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.

- Hartmann, B. (1993a). Derechos reproductivos y políticas de población en la actualidad. *Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos Boletín*, 43, 1-3.
- Hartmann, B. (1993b). El lenguaje poblacional engañoso. *Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, 42, 7-9.
- Harvey, D. (2004). *El nuevo imperialismo*. Madrid: Ediciones Akal.
- Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Ediciones Akal.
- Heath, J., & Potter, A. (2005). *Rebelarse vende. El negocio de la contracultura*. Buenos Aires: Taurus.
- Hong, E. (1993). Detrás de debate de población. *Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, 42, 9-11.
- Hynes, P. (1993). Control demográfico verde. *Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos Boletín*, 43, 15-16.
- Ibsen, I., & Seip, A. (1996). Prestaciones familiares, ¿qué política? El camino hacia el subsidio familiar en Noruega. En G. Bock, & P. Thane, *Maternidad y políticas de género* (págs. 81-114). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Infante, G. (1998). Plantas medicinales: alternativa de autogestión en salud. *Revista Mujer Salud*, 1, 49-50.
- International Women'S Health Coalition. (1993). Una apreciación crítica de la declaración de la mujer sobre políticas de población}. *International Women'S Health Coalition*, 42, 30-31.
- Junta de Extremadura. (2007). *Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura*. Mérida, España: Junta de Extremadura.
- Kay, P. (1991). Carta de Tepoztlán. *WGNRR Boletín*, 35, 21-22.
- Keysers, L., & Yth, I. (1991). Reflexiones sobre la Solidaridad Mundial para con la Salud de la Mujer y los Derechos Reproductivos. *WGNRR Boletín*, 35, 42-47.
- Kitzinger, S. (1996). *Nacimiento en Casa*. Barcelona: Icaria Milenrama.
- La Bruja Negra. (2000). Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras. *Luna - Fanzine Feminista: Iniciativa por la liberación de la mujer*, 8.

- La Universidad Española. (1991). Feminismo y comunismo: afinidades y contradicciones. *Poder y Libertad*, 15, 28-31.
- LACAAP. (1993). La alianza de la Mujer y la Red de Mujeres por los Derechos Reproductivos. *Red Mundial por los Derechos Reproductivos boletín*, 42, 3-5.
- Larraburu, C. (1977). Cuarenta años de oscurantismo ginecológico. *Vindicación Feminista*, 16, 30-31.
- Lázare, S. (2014). *La popularización de la formación prenatal y el plan de parto en Barcelona o de cómo y cuándo se activa el ejercicio empírico de los roles parentales*. Tarragona, España: XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado español.
- Lázare, S. (2016a). Análisis Antropológico del Cuerpo en los Relatos de Parto Normal de Mujeres y profesionales en Barcelona. *Musas. I (1.1)*, 3-15.
- Lázare, S. (2016b). Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural. El caso del centro de salud Marenstrum de Barcelona. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*. 21 (1), 18-32.
- Lázare, S., & Fons, V. (2016). Los procesos procreativos desde la Antropología: el caso de las madres de Barcelona por un parto respetado. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*. 21 (2), 21-37.
- Lewin, T. (1991). Plan para pagar a madres con subsidio social por control de natalidad. *WGNRR Boletín*, 35, 11.
- Lewis, J. (1996). Modelos de igualdad para la mujer: el caso de la ayuda estatal para la infancia en la Gran Bretaña del siglo XX. En G. Bock, & P. Thane, *Maternidad y políticas de género* (págs. 215-244). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Lieberman, A. (1992). *Easing Labor Pain: The Complete Guide to a More Comfortable and Rewarding Birth*. Boston: The Harvard Common Press.
- Luna- Fanzine Feminista. (1997). El útero y la sexualidad femenina. *Luna- Fanzine Feminista*, 2.
- Luzes, E. (2007). *A necessidade do ensino da ciência do início da vida*. 1538f. Río de Janeiro: UFRJ.
- Maia, M. (2010). *Humanização do parto. Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Marin, A. (1990). ¿Planificación familiar o derecho a la sexualidad?. *WGNRR Boletín*, 32, 9.
- Marrades, M. (1978). Feminismo, prensa y sociedad en España. *Papers: Revista de sociología*. (9), 89-134.
- Martin, E. (2006). *A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução*. Río de Janeiro: Garamond universitária.
- Martins, P. (2003). *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Brasil: Editora Vozes de Petrópolis.
- Matalana, M. (1997). Modelos de salud en el contexto de la globalización. *Revista Mujer Salud*, 3, 57-67.
- Matilla, M. (2001). María Lejárraga y el asociacionismo femenino: 1900-1936. En I. d. Riojanos, *Ilusión y compromiso: II Jornadas sobre María Lejárraga, Logroño 23-25 de octubre y 6-8 de diciembre 2001* (págs. 83-101). Logroño, España: Instituto de Estudios Riojanos.
- Mattos, R. (2001). As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciências e saúde coletiva*. 6 (2), 377-389.
- Mello, F. (1993). Tendencias para los años 90 en políticas de población. *Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos Boletín*, 43, 3-6.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1984). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del INSALUD*. Madrid, España: Servicios de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mizoczky, M. (2003). O Banco Mundial e a configuração do campo das agencias internacionais de saúde: uma análise multiparadigmática. *RAP Rio de Janeiro*. 37 (1), 75-97.
- Montero, R. (2006). *El desastre de parir*. Obtenido de Diario El país: https://elpais.com/diario/2006/08/13/eps/1155450419_850215.html
- Montero, V. (2010). *José Luis Rodríguez Zapatero dice adiós al cheque-bebé, su medida estrella en política social*. Obtenido de RTVE: <http://www.rtve.es/noticias/20100512/jose-luis-rodriguez-zapatero-dice-adios-cheque-bebe-su-medida-estrella-politica-social/331041.shtml>
- Montes, M. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres*

- gestantes, comadronas y médicos. [Tesis doctoral].* Tarragona, España: Univesitat Rovira i Virgili.
- Montes, M., Jiménez, M., Castells, A., & Martorell, M. (2013). Ser matrona a mediados del siglo XX. El género como distribuidor de oportunidades y organizador de las emociones. En A. Martínez, L. Masana, & S. DiGiacomo, *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica.* Tarragona/Porto Alegre (Río Grande do Sul): Publicaciones URS/Associação Brasileira da Rede Unida.
- Morini, C. (2014). *Por amor o por la fuerza: feminización del trabajo y biopolítica del cuerpo.* Madrid: Traficantes de sueños.
- Moulin, A. (2008). O corpo diante da medicina. En J. Courtine, *História do Corpo: As mutações do olhar: O século XX* (págs. 15-82). Brasil: Editora Vozes de Petrópolis.
- Mujeres de Europa. (1988). Carta de los derechos de la parturienta. *Mujeres de Europa*, 53, 8.
- Mujeres y Salud. (1997a). Contra la privatización de la Sanidad. *Mujeres y Salud*, 1.
- Mujeres y Salud. (1997b). De El Cairo a Beijing y España. *Mujeres y Salud*, 1.
- Mujeres y Salud. (1997c). Partos humanizados. *Mujeres y Salud*, 1.
- Muro, I. (2013). *Informe sobre calidad de las revistas en el área de Estudios de Género. Biblioteca de Humanidades, Comunicación y Documentación.* Madrid: Universidad Carlos III de Madrid.
- Muruaga, S., & Nogueiras, B. (1986). La depresión post parto: en la trastienda de la maternidad. *Mujeres*. (13), 14-17.
- Nagahama, E., & Santiago, S. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3), 651-657.
- NuffieldTrust. (s.f.). *About. Home.* Obtenido de <https://www.nuffieldtrust.org.uk/about>
- Odent, M. (2002). *A Cientificação do Amor.* Florianópolis: Editora Saint Germain.
- Odent, M. (2002). *O Renascimento do Parto.* Florianópolis: Editora Saint Germain.
- Odent, M. (2003). *O Camponês e a Parteira.* Río de Janeiro: Editora Ground Ltda.
- Odent, M. (2004). *A Cesariana.* Florianópolis: Editora Saint Germain.
- Odent, M. (2010a). A primeira verdade inconveniente. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 62-66.

- Odent, M. (2010b). La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad. Tenerife: Editorial OB STARE.
- Odent, M. (2011). El nacimiento en la era de plástico. Tenerife: Editorial OB STARE.
- Ohlander, A. (1996). ¿El niño invisible? La lucha por una política familiar socialdemócrata en Suecia entre 1900 y la década de 1960. En G. Bock, & P. Thane, *Maternidad y políticas de género* (págs. 115-136). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Oliveira, F. (1996). Neoliberalismo à brasileira. En A. Borón, E. Sader, & P. Gentili, *Pós-Neoliberalismo: As políticas sociais e o estado democrático* (págs. 24-28). Río de Janeiro: Paz e Terra.
- Oranich, M. (1977). La anticoncepción: un medio para la maternidad libre. *Vindicación Feminista*, 7, 44.
- Organización Mundial de Salud. (1991). Mortalidad y Morbilidad Materna: Fístula Obstétrica. *WGNRR Boletín*, 37, 8-9.
- Organización Mundial de Salud. (1996). Assistência ao parto normal: um guia práctico. Brasília: OPAS.
- Pallares, P. (1973). Embarazo y parto. *Revista de Información al Consumidor Dossier la Mujer*, 2.
- Palomino, N. (1993). Unidad en la diversidad. *Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, 43, 7-8.
- Pateman, C. (1995) *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa.
- Penafria, M. (2009). *Análise de filmes: conceitos e metodologias*. Lisboa: VI Congreso SOPCOM.
- Plataforma Mi Parto. (2019). *Plataforma Mi Parto/My Birth*. Obtenido de Facebook: <https://www.facebook.com/mipartomybirth/photos/a.321681468516518/323707608313904/?type=3&theater>
- Poder y Libertad. (1991a). La experiencia soviética de la emancipación de la mujer: el análisis feminista. *Poder y Libertad*, 12, 6-10.
- Poder y Libertad. (1991b). El feminismo anatemizado por el comunismo. *Poder y Libertad*, 15, 36-41.

- Púlsar, A. (1997). Un millón de mujeres, casi todas de países pobres, mueren anualmente en el parto. *Luna - Fanzine Feminista: Iniciativa por la liberación de la mujer*, 3.
- Queralt, M. (1982). Alteraciones y disfunciones del embarazo y del parto. *Poder y libertad, Revista Teórica del Partido Feminista de España*, 4, 47-53.
- Puñal, S. (2001). Origen y evolución de las asociaciones de mujeres. *Anuario Hojas de Warmi*. (12), 113-129.
- Rattner, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas Públicas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 13 (1), 759- 768.
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas Y del Caribe. (1997a). Estado de la población mundial 1997: el derecho a elegir. *Revista Mujer Salud*, 2, 14-15.
- Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos. (1996). Conferencia Internacional: El aborto importa. *Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos*, 54, 5.
- Rego, P. (2015). *Física y doula: 'No incitamos a nadie al canibalismo'*. Obtenido de El Mundo:
<https://www.elmundo.es/cronica/2015/02/22/54e8669622601d73708b457b.html>
- Rich, A. (1986). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Ediciones Cátedra, Instituto de la mujer.
- Rizzotto, M. (2000). *A trajetória da saúde no interior do Banco Mundial*. In: _____. *O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 266f. Tese. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- RSMLAC. (1997a). 28 de mayo: Acceso a Atención de Calidad en Salud un derecho de las mujeres. *Revista Mujer Salud*, 2, 16-18.
- RSMLAC. (1997b). 28 de Mayo: Atención de calidad un derecho de las mujeres. *RSMLAC*, 3, 16-17.
- RSMLAC. (1997c). Hacia una maternidad segura. *Revista Mujer Salud*, 4, 80.
- Rojo, C., Gónzales, J., & Roche, M. (2014). Los manuales escritos por matronas europeas (1609-1710): el origen de cuidados humanizados en el embarazo. *Index Enferm*. 23 (1-2), 106-110.
- Romero, C. A. (2008). Hacia una “dramática del asesoramiento escolar: escenario, texto y actuación. *Revista de curriculum y formación del profesorado*, 1-18.
- Ruda, C. F. (1997). Control de Población. *Luna - Fanzine Feminista: Iniciativa por la liberación de la mujer*, 3.

- Ruiz, C. (2009). *Parir sin miedo*. Tenerife: Editorial OB STARE.
- Ruiz, J., & Ispizua, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Sader, E. (2013). A construção da hegemonia pós-neoliberal. En E. Sader, *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma* (págs. 135-143). Río de Janeiro: FLACSO.
- Sala, N. (2015). La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. (10), 331-354.
- Salem, T. (2007). *O casal grávido. Disposições e dilemas do casal igualitário*. Río de Janeiro: Editora FGV.
- Sánchez, M. (2009). Evolución de las publicaciones femeninas en España. Localización y análisis. *Documentación de las Ciencias de la Información*. (32), 217-244.
- Save The Children. (2013). *State of the World's Mothers 2013: Surviving The First day*. Washington, D.C.: Save the Children.
- Save the Children. (2014). *Estado Mundial de las madres 2014. Salvemos a las madres y la infancia durante las crisis humanitarias*. Washington, D.C.: Save the Children.
- Save the Children. (2015). *State of the World's Mothers 2015: The urban disadvantage*. Washington, D.C.: Save the Children.
- Sfez, L. (1996). A saúde perfeita: crítica de uma nova saúde. São Paulo: Loyola.
- Shiva, M. (1992). La Mujer: útero, trompa, objetivo. *WGNRR Boletín*, 38, 9-13.
- Silva, M. (1991). Primer Seminario de Trabajo en América Latina. *WGNRR Boletín*, 35, 2-3.
- Smyth, I. (1992). El Programa de Planificación Familiar de Indonesia: ¿un éxito para la mujer? *WGNRR Boletín*, 38, 13-16.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008). *Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto*. Obtenido de El Parto es Nuestro:
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_recomend_asist_parto_2008_sustituye_protocolo_2003.pdf
- Soria, A. (1977). La lucha de las mujeres en Inglaterra. Objetivo inmediato: atención a la ley del aborto. *Vindicación Feminista*, 15, 50-52.

- Stemerding, B. (1990). Informe sobre acciones de solidaridad con relación al aborto en Polonia. *WGNRR Boletín*, 32, 12.
- Stoehr, I. (1996). Las tareas domésticas y la maternidad: debates y políticas en el movimiento de mujeres de la Alemania Imperial y la República de Weimar. En G. Bock, & P. Thane, *Maternidad y políticas de género* (págs. 367-400). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Stolcke, V. (1992). *Racismo y sexualidad en la Cuba colonial*. Madrid: Alianza Editorial.
- Stolcke, V. (1999). ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Cuadernos para el debate*. (6), 5-32.
- Stolcke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Revista de Estudios Feministas*. 12 (2), 77-105.
- Stolcke, V. (2006). O enigma das interseções: classe, raça, sexo, sexualidade. A formação dos impérios transatlânticos do século XVI ao XIX. *Revista de Estudos Feministas*. 14 (1), 15-42.
- Stolcke, V. (2010). Homo clonicus. ¿Entre la naturaleza y la cultura? *Naturaleza, cuerpos, culturas. Metamorfosis e intersecciones*. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa/ División de Ciencias Sociales y Humanidades/ Departamento de Antropología, 279-316.
- Stolcke, V. (1982). La maternidad, en baja. *Dones en Lluita*, 3, 30.
- Taboada, L. (1978a). Cómo derribar la medicina masculina: el Self-help o la descolonización de nuestro cuerpo. *Vindicación Feminista*, 20, 38-40.
- Taboada, L. (1978b). La práctica del Self-help (II): Lo que el ginecólogo no puede saber y nosotras sí. *Vindicación Feminista*, 21.
- Taboada, L., & Muck, H. (1978). La práctica del Self-help (y III): Las mujeres luchan por su salud. *Vindicación Feminista*, 24, 10-11.
- Teixeira, R. (2005). Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10 (3), 585-597.
- Terragni, L. (2005). A pesquisa de gênero. En A. Melucci, *Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultural* (págs. 141-163). São Paulo, Brasil: Vozes.
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1991a). Muy lejos para ir caminando: mortalidad materna en contexto. *WGNRR Boletín*, 35, 25-28.

- Thaddeus, S., & Maine, D. (1991b). Muy lejos para ir caminando: mortalidad materna en contexto. *WGNRR Boletín*, 37, 13-16.
- Thane, P. (1996). Las ideas de género en la construcción del Estado de Bienestar británico: el caso de las mujeres del Partido Laborista británico y la política social, 1906-1945. En G. Bock, & P. Thane, *Maternidad y políticas de género* (págs. 51-80). Madrid: Ediciones Cátedra.
- The International Childbirth Education Association. (s.f.). *ICEA History*. Obtenido de ICEA: <http://www.icea.org/content/history>
- Thébaud, F. (2002). A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. *Revista de Estudos Feministas*. 10 (2), 415-426.
- Therborn, G. (1996). A crise e o futuro do capitalismo. En A. Borón, E. Sader, & P. Gentili, *Pós-Neoliberalismo: As políticas sociais e o estado democrático* (págs. 39-50). Río de Janeiro: Paz e Terra.
- Tolosana, C. (1980). La 'sabia' gallega. En K. M., & M. J., *La Antropología Médica en España* (págs. 183-207). Barcelona: Editorial Anagrama.
- Tornquist, C. (2002). Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista de Estudos Feministas*. 10 (2), 483-492.
- Tornquist, C. (2004). *Parto e poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil. [Tesis doctoral]*. Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Tornquist, C., & Spinelli, C. (2009). *Um jeito soviético de dar à luz: o parto sem dor nos anos 60 na América do sul*. Brasil: Colóquio Internacional Gênero, Feminismos e Ditaduras no Cone Sul. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vasconcellos-Silva, P., & Castiel, L. (2005). Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. *Revista de Saúde Pública*. 39 (3), 498-506.
- Vásquez, N. (1991). La despenalización del aborto, un debate trascendente. *WGNRR Boletín*, 35, 49-51.
- Vellay, P. (1967). *Parto sem dor*. São Paulo: IBRASA.
- Vieira, E. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Vigil, M. (1976). La sublevación de las enfermeras. *Vindicación Feminista*, 1, 40-41.
- Villarme, S., Olza, I., & Recio, A. (2015). El parto es nuestro: el impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *Dilemata*, 7 (18), 157-183.
- Villela, R. (2017). *Lidia Falcón: "La ley contra la violencia de género no puede ser buena si todos los partidos la aprobaron"*. Obtenido de Revista Rambla: <https://www.revistarambla.com/lidia-falcon-la-ley-contra-la-violencia-de-genero-no-puede-ser-buena-si-todos-los-partidos-la-aprobaron>
- Villena, I. (1978). Real com la vida mateixa: Por un parto con placer. *Dones en Lluita*, 8, 14-16.
- Vindicación Feminista. (1977). En el mundo - Gran Bretaña: El feminismo viene de lejos. *Vindicación Feminista*, 8, 55-56.
- Vindicación Feminista. (1977). Patronato de protección a la mujer: fábrica de subnormales. *Vindicación feminista*, 15, 21-22.
- Voronina, O. (1990). El movimiento de mujeres en la URSS: historia y situación actual. *Poder y libertad*, 12, 28-34.
- Walter, N. (2010). *Muñecas vivientes: El regreso del sexismo*. Madrid: Turner.
- WGNRR. (1992). Planificación familiar, ¿por quién y para quién? *WGNRR Boletín*, 38, 18-23.
- WGNRR Boletín. (1990). Sexto Encuentro Internacional de Mujeres y Salud 3-9 de noviembre de 1990, Filipinas. *WGNRR Boletín*, 32, 4-5.
- Women'S International Network News. (1991). Elevadas tasas de cesáreas. *WGNRR Boletín*, 35, 61.
- Wright, C. (2009). *Sobre o artesanato intelectual e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Zamora, P. (2013). Narrativa sobre los dolores de parto: discursos biomédicos y experiencias. En A. Martínez, L. Masana, & S. DiGiacomo, *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica* (pág. 478). Tarragona/Porto Alegre (Rio Grande do Sul) Brasil: Publicaciones URS/Associação Brasileira da Rede Unida.

Anexos II. Revistas consultadas

❖ *Adamana* (1989-1990)

Localización: Ca la Dona.

❖ *Dones en lluita* (1978-1980/1981-1983): Publicación bimensual, portavoz de la *Coordinadora Feminista* de Barcelona. La revista pasó por dos fases y cambió de nombre a partir de los años ochenta.

Localización: Instituto Catalán de la Dona, Ca la Dona y UAB Revistas.

❖ *Vindicación Feminista* (1976-1979): Fundada por Carmen Alcalde y Lidia Falcón, en 1976, en colaboración con distintas autoras de los Colectivos Feministas de Madrid y Barcelona y del Movimiento Comunista de Cataluña.

Localización: Instituto Catalán de la Dona, Ca la Dona y UAB Revistas.

❖ *Femmes d'Europe/Mujeres de Europa* (1977-1987): Revista de la Comisión de las Comunidades Europeas, con el objetivo de mantener un diálogo permanente con la prensa y organizaciones femeninas para informarlas y documentarlas sobre los diversos aspectos de la integración europea, y ayudarlas a intercambiar experiencias e informaciones de una organización a otra y de un país a otro. También editó suplementos *Femmes d'Europe*.

Localización: Instituto Catalán de la Dona y Ca la Dona.

❖ *Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos - Boletín* (1990-1996): Informe internacional de la *Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos*, creada en 1978, como una red autónoma de grupos y particulares de los cinco continentes que trabajan en pro de los derechos reproductivos de la mujer.

Localización: Instituto Catalán de la Dona, Ca la Dona y Biblioteca Nacional de Cataluña.

❖ *Revista Mujer Salud* (1991-1998): Revista de la *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, creada por 60 grupos participantes en el Primer Encuentro Regional de la Salud de las Mujeres en Colombia en 1984. En la época, era una Red Autónoma con 2000 grupos y personas. También editó suplementos llamados *Cuadernos Mujer Salud*.

Localización: Instituto Catalán de la Dona y Ca la Dona.

❖ *Poder y libertad* (1980-1999): *Revista teórica del Partido Feminista de España* para responder a la necesidad de dar a conocer públicamente los trabajos teóricos del partido.

Localización: Instituto Catalán de la Dona, Ca la Dona y UAB Revistas.

❖ *Mujeres/Mulleres/Dones/Emakumeak* (1983-1996): Revista editada por el Instituto de la Mujer, un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad que tiene como función la promoción y el fomento de las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social.

Localización: Instituto Catalán de la Dona, Ca la Dona y UAB Revistas.

❖ *La Boletina* (1991-1998): Revista creada por el Espacio de Salud entre Nosotras para que las usuarias puedan compartir sus experiencias. El espacio está vinculado a la Asociación

de Mujeres para la Salud de Madrid.

Localización: Instituto Catalán de la Dona.

❖ *Quadern* (1987): Es una publicación histórica del Centro de Dones que relata las actividades desarrolladas en el centro y un poco de historia del movimiento feminista de la época.

Localización: Instituto Catalán de la Dona.

❖ *Agenda Salud* (1995-1996): Publicación trimestral del Programa Mujeres y Salud de Isis Internacional que tiene el objetivo de proveer información actualizada, diversa y pertinente a las mujeres organizadas.

Localización: Instituto Catalán de la Dona.

❖ *La Mujer Feminista* (1983-1989): Revista de la Organización de Mujeres de la Unión Comunista Comités Obreros (OMUCCO). En una segunda fase la organización cambia su nombre por el de Unión de Mujeres Feministas.

Localización: Instituto Catalán de la Dona y Ca la Dona.

❖ *La mujer 2000* (1994-1998): Publicación encaminada a fomentar la aplicación de la Declaración de Beijing y la plataforma de acción vinculada a Naciones Unidas (División para el Adelanto de la Mujer, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales).

Localización: Instituto Catalán de la Dona y Ca la Dona.

❖ *Entre Totes* (1986-1993): Un folleto creado por mujeres del Grupo de Dones de Badalona para movilizar a otras mujeres del municipio en sus actividades.

Localización: Instituto Catalán de la Dona.

❖ *Luna* (1996-1999): Fanzine creado por el Colectivo Luna para que las mujeres piensen acerca de su problemática y lo que conlleva su emancipación. Es una iniciativa por la liberación de la mujer.

Localización: Instituto Catalán de la Dona.

❖ *Emakunde* (1989-1999): Revista editada por el Instituto Vasco de la Mujer, un organismo autónomo del Gobierno Vasco que diseña, impulsa, asesora, coordina y evalúa las políticas de igualdad y sensibiliza a la sociedad, con el fin de conseguir la igualdad real y efectiva de mujeres y hombres en la Comunidad Autónoma Vasca.

Localización: Instituto Catalán de la Dona.

❖ *Revista 8 de marzo* (1995-1999)

Localización: Instituto Catalán de la Dona.

❖ *Revista Entre Nous-La Revista Europea de Planificación Familiar* (1987-1999): Revista de la Organización Mundial de la Salud editada, difundida y traducida al español por el *Instituto de la Mujer* entre 1984 y 2013.

Localización: Instituto Catalán de la Dona.

❖ *Parlar amb Dones* (1996): Revista del Colectivo por la Igualdad de la Mujer Itzá. El

objetivo es reflejar la realidad en que viven y su compromiso por hacer la sociedad más humana, justa y solidaria.

Localización: Ca la Dona.

❖ *Sal* (1995-1996): Revista del Movimiento para la Liberación e Igualdad de la Mujer.

Localización: Ca la Dona.

❖ *La mujer y su lucha* (1978): Boletín del Movimiento Democrático de Mujeres.

❖ Localización *Tribuna Feminista* (1983-1986): Jornal del Centro Feminista de Estudios y Documentación con colaboradoras del Movimiento Feminista en España.

Localización: Ca la Dona.

❖ *Madrid Feminista* (1989): Editada por el Movimiento Feminista de Madrid.
Localización: Ca la Dona.

❖ *Mujeres libres* (1978): Editada por Agrupación de Barcelona.

Localización: Ca la Dona.

❖ *Mujeres y Salud* (1996-2002): Editada por el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios) desde mediados de los años 90.

Localización: <http://matriz.net/numeros.htm>

❖ *Wide-Mujeres para el desarrollo en Europa Boletín* (1993-1995): Revista de la red de Mujeres para el Desarrollo en Europa creada a finales de la década del 80 que se articula con diferentes conferencias internacionales. Su estrategia incluye crear un clima de confianza sobre temas económicos y derechos humanos y sobre la relación entre ambos con un especial énfasis en el disfrute de los derechos económicos y sociales de las mujeres.

Localización: Ca la Dona.

❖ *Xarxa feminista* (1995-1998): Boletines históricos de la red Xarxa Feminista creada a mediados de los años 90, el colectivo más conocido del Movimiento Feminista Catalán.

Localización: <http://www.xarxafeminista.org/butlletins>

Anexos III. Guion de entrevistas

1. Sobre ser feminista

- ❖ ¿Te defines como feminista? ¿Por qué? ¿Cuál tu definición de feminismo?
- ❖ ¿Cómo te has involucrado con el feminismo? ¿Nos puedes relatar tu narrativa personal?
- ❖ ¿Has participado o participas de alguna organización feminista? ¿Cuál?
- ❖ ¿Cuáles eran/son los objetivos/acciones principales? ¿Y cómo han variado con el tiempo?
- ❖ ¿Cuáles son las fuentes de financiación?
- ❖ ¿El grupo se conectaba a una red u organización mayor?
- ❖ ¿El grupo recibió algún tipo de entrenamiento de otras organizaciones o empresas?
- ❖ ¿Tenía partners estratégicos o apoyo ligados al Estado o empresas?
- ❖ ¿Qué es central en la lucha feminista para ti?
- ❖ ¿Hay alguna teórica o autora/autor que tiene mayor influencia en tu pensamiento?
- ❖ En el campo de la salud de la mujer, ¿qué tema ves como prioritario y por qué?

2. Sobre ser activista

- ❖ ¿Cómo te has involucrado con el tema de los partos respetados? ¿En qué año?
- ❖ ¿Hay alguna teórica o autora/autor que tiene mayor influencia en tu pensamiento en ese campo?
- ❖ ¿Nos puedes compartir cómo fue el surgimiento de esas prácticas en España?
- ❖ ¿Qué es lo que defiendes en torno al parto?
- ❖ ¿Has recibido algún tipo de formación de la OMS, organismos internacionales o empresas?
- ❖ ¿Pertenece a algún grupo, ONG, empresa o red?
- ❖ ¿Qué es central en la lucha por la humanización del parto para ti?
- ❖ ¿Actúas en el campo de la salud pública o privada?
- ❖ ¿Qué servicios ofreces? ¿Cuál es el precio/cuánto cobras por parto? ¿Cuáles son las formas de pago?
- ❖ ¿Qué equipajes las mujeres/parejas necesitan tener para el parto en casa? ¿Ofreces estos equipajes?
 - ❖ ¿Hay mucha demanda, cómo ves el mercado?

- ❖ ¿Qué modelo te parece más rentable para el sistema de asistencia hoy? ¿Tienes un análisis de coyuntura sobre eso?
- ❖ ¿Hay mucha competitividad en el campo de la asistencia humanizada en España?
- ❖ ¿Cómo funciona la organización del movimiento por la humanización? ¿Cuáles son tus principales colaboradores?

3. Sobre la maternidad

- ❖ ¿Eres madre?
- ❖ ¿Tu maternidad fue libremente elegida?
- ❖ ¿Tuviste alguna preparación para tu parto?
- ❖ ¿Nos puedes compartir tu experiencia de parto?
- ❖ ¿Has amamantado?
- ❖ ¿Tuviste apoyo de tu pareja, familia o estado en tu experiencia inicial con el bebé?
- ❖ ¿Cómo lo ves el tema del parto natural que apareció en aquellos tiempos?
- ❖ ¿Nos puedes compartir cómo fue tu experiencia alejada de la maternidad? (Si no es madre)
- ❖ ¿Sientes que no ser madre te proporcionó oportunidades más amplias en tu vida? (Si no es madre)
- ❖ ¿Como ves la lucha por la humanización del parto actualmente? ¿Qué temas eliges como prioritarios en ese campo y por qué?

4. Reflexión

- ❖ ¿Qué orden social queremos construir con nuestros úteros libres?

Anexos IV. Consentimiento informado

Formulario de consentimiento libre y esclarecido

Estimados:

Me llamo Aline de Andrade Ramos Cavalcanti, soy socióloga y doctoranda en Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona. Yo estoy haciendo una investigación que intenta reconstruir históricamente cómo se dio la interlocución del feminismo con el surgimiento del Movimiento por la Humanización del Parto, en el contexto de la crisis económica y ascensión del neoliberalismo/capitalismo de mercado.

En este momento, te invito a participar de esta investigación a partir de una estrategia muy sencilla: yo pretendo entrevistarte vía Skype o presencialmente para terminar de comprender estas articulaciones retratadas en revistas feministas entre los años 70 y 90.

Considero que esta colaboración no ofrece ningún riesgo a vuestras vidas. Así, pienso que oír la narrativa de feministas y activistas/profesionales involucrados directamente con la construcción y proposición de políticas y técnicas corporales para la asistencia al parto. Es de gran valía impulsar, ampliar y profundizar el debate en torno al tema y a las políticas de salud para las mujeres.

Su participación en la investigación es totalmente voluntaria y solamente la universidad tendrá acceso a las informaciones que pretendo obtener. Eso ocurrirá cuando esté finalizado todo el proceso de investigación. Además, utilizaré nombres ficticios en la presentación del informe final como forma de preservar vuestra identidad. En caso cambies de opinión después de la entrevista y ya no quieras participar, podrás dejar de hacerlo en el momento que consideres conveniente. En caso haya alguna duda sobre esta investigación, puedes preguntarme y estoy a tu disposición para esclarecerla.

Declaro, que he leído el texto de arriba, comprendo los objetivos y las condiciones de participación en la investigación, y acepto colaborar.

_____, _____ de _____

Local

Fecha

Anexos V. Red de organizaciones de las mujeres entrevistadas

- Asamblea de Mujeres Populares y Diversas del Ecuador (AMPDE)* Mujeres ecuatorianas de diversa índole; el campo, la ciudad, los páramos, los bosques, la selva, el manglar, la costa, la sierra, la Amazonía; indias, negras, mestizas, cholos, campesinas, obreras, maestras, concheros, pescadoras, artesanas y muchas otras. Su propósito es crear un espacio político de mujeres que analice, debata, proponga y actúe, a través de la legitimidad del poder ciudadano acerca de las leyes que se están elaborando en la Asamblea Nacional. Sitio web disponible en <http://mujerespopularesydiversas.blogspot.com.es/>
- Asociación Española de Doulas (AED)* Asociación creada en 2011 con la intención de aglutinar a todas las doulas de España, independientemente de su formación y experiencia. Su objetivo es fortalecer la profesión y unificar criterios de actuación entre doulas en relación a las mujeres y familias, así como los profesionales con quienes colaboran. Sitio web disponible en <https://www.asociacionespanoladedoulas.com/>
- Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya (ALPACC)* Grupo de 50 comadronas catalanas, creada en 2014 con el objetivo de asistir en los partos domiciliarios de bajo riesgo, además de hacer el seguimiento del embarazo, el puerperio y la preparación maternal, para ser competentes ante cualquier situación que pueda surgir relacionada con la salud y el bienestar de la madre y del bebé. Sitio web disponible en <https://llevadorespartacasa.org/en/>
- Asociación Mujeres por la Salud (AMS)* Asociación creada en 1987 en pro de la salud y de los derechos de las mujeres, y para la erradicación de las múltiples formas de violencia de género. Se desarrollan diversas actividades, como un espacio terapéutico especializado en mujeres, formación profesional y personal, además de distintas acciones de sensibilización y divulgación. Sitio web disponible en <https://www.mujeresparalasalud.org/>
- Asociación Nafarroako Doulak – Doulas de Navarra* Asociación creada en 2012. Esta plataforma tiene el objetivo de promover la articulación de las doulas de Navarra, favoreciendo el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias, así como la intervención del papel de la doula, facilitando actividades formativas y ofreciendo un directorio. Sitio web disponible en <https://nafarroakodoulak.jimdo.com/>
- Associació Naixença* Asociación fundada en 1999, con el fin de trabajar en defensa de un parto y nacimiento fisiológico y respetado, con la intención de ser un local de encuentro para todas las personas que tiene afinidad con la iniciativa. Sitio web disponible en <http://naixensa.wordpress.com/>
- Club de las 25* Colectivo feminista formado por profesionales de todos los ámbitos que lucha por la igualdad y los derechos de las mujeres. El grupo dedica un esfuerzo especial a la violencia de género, problemática en la que convergen todas las

	formas de discriminación contra la mujer. Sitio web disponible en https://elclubdelas25.com/
<i>Círculo de las Familias en Duelo</i>	Comunidad en Facebook que brinda mutuo apoyo para madres y padres que han vivido o están por vivir la muerte de su bebé. Sitio web disponible en https://www.facebook.com/circulodefamiliasenduelo/
<i>Círculo Materno e Infantil de Mallorca</i>	Asociación sin ánimo de lucro creada en 2010 por un grupo de madres, a raíz de la necesidad de apoyarse mutuamente en la crianza de sus hijos. Su principal actividad es en la red social Facebook donde hay un grupo.
<i>Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)</i>	Órgano de 23 expertos independientes de todo el mundo que supervisa la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Sitio web disponible en http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/CEDAWIndex.aspx
<i>Dona Llum</i>	Asociación sin ánimo de lucro creada en 2006 y formada por mujeres convencidas de que madres y bebés deben recibir una atención respetuosa y digna durante el proceso de embarazo, parto y posparto en Cataluña. Conocida como una versión catalana de <i>El Parto es Nuestro</i> , una organización hermana, dado que comparte políticamente muchas prácticas y filosofía. Desarrolla actividades en Girona, Mataró y dos barrios de Barcelona. Sitio web disponible en https://www.donallum.org/
<i>El parto es Nuestro/El Parto es Nuestro Ecuador</i>	Asociación sin ánimo de lucro creada en 2003, formada por usuarias(os) y profesionales que pretenden mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el embarazo, el parto y el posparto en España. Desarrolla actividades en todas las comunidades autónomas de España, en Argentina y Ecuador (Quito y Guayaquil). Sitio web disponible en https://www.elpartoesnuestro.es/
<i>European Network of Childbirth Associations (ENCA)</i>	Red de organizaciones de Frankfurt (Alemania), creada en 1993 y que promueve la mejora en la atención perinatal de madres y bebés. Los activistas, usuarios, padres y educadores del parto que se unen a esta organización reconocen la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar las condiciones en el embarazo, el parto y el período posparto en toda Europa. Sitio web disponible en http://enca.info/
<i>Instituto Europeo de Salud Mental y Perinatal</i>	Organización que ofrece formación en salud mental y perinatal basada en la evidencia científica que contemple la complejidad de la perinatalidad, ofrezca soluciones prácticas y sostenibles para los profesionales de los equipos necesariamente multiprofesionales y, en última instancia, favorezca la mejora de la atención a las madres, a los padres, a los bebés y a sus familias. Sitio web disponible en http://saludmentalperinatal.es/
<i>MATER - Observatori de les maternitats i paternitats contemporànies</i>	Comunidad de Facebook formada por un grupo de antropólogas y feministas interesadas en los temas y debates que giran alrededor de la maternidad, la paternidad

y el feminismo. Sitio web disponible en <https://www.facebook.com/materobservatorimpaternitatscointemporanies/>

Migjorn – Casa de Naixements

Cooperativa de matronas, terapeutas y otros profesionales que fomentan la responsabilidad individual hacia la salud y ofrecen el acompañamiento en los diferentes procesos vitales. Trabajan por el cambio de entendimiento de lo que es el nacimiento, al considerarlo como un proceso fisiológico de la mujer y el bebé que es parte de la vida, y no un problema de salud. Ofrecen acompañamiento durante el embarazo, asistencia al parto natural, al posparto y a la crianza. Sitio web disponible en <http://actividades.migjorn.net/>

Nacer en Casa

Asociación española de profesionales, médicos y comadronas en su mayoría, creada en 1988, y cuya actividad central es la preparación para la maternidad y la asistencia en el parto en casa y el posparto. Sitio web disponible en <http://nacerencasa.org/>

National Childbirth Trust (NCT)

Asociación del Reino Unido, creada en 1956 por Prunella Briance inspirada en los escritos del obstetra Dick-Read, considerado el padre del parto natural. Su objetivo es apoyar a los padres proporcionando información precisa e imparcial para que puedan decidir lo que es mejor para su familia; además, los presenta a una red de padres locales para obtener apoyo práctico y emocional. Sitio web disponible en <https://www.nct.org.uk/>

Plataforma Pro Derechos del Nacimiento

Grupo de asociaciones, centros de orientación maternal e infantil, profesionales del mundo del nacimiento, padres y futuros padres que son conscientes de la necesidad de crear una “Nueva Cultura del Nacimiento”. Sus objetivos son conseguir que en los hospitales se respeten las recomendaciones de la OMS, del Ministerio de Sanidad, de la propia SEGO y de muchas comunidades que ya han elaborado protocolos, en relación al parto/nacimiento fisiológico, consciente, y que se respete los derechos del bebé y de la madre. Sitio web disponible en <http://pdn.pangea.org/>

Red de mujeres profesionales de la salud (RedCAPS)

Organización informal del ámbito estatal, creada en 1999 y formada por diversas profesionales relacionadas o interesadas en la salud de las mujeres desde sus distintas disciplinas (médicas, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales, sociólogas, periodistas, etcétera). Está impulsada y coordinada por la asociación CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios), y desde sus inicios en 1991 ha estado liderada por Carme Valls. Sitio web disponible en <http://www.caps.cat/redcaps.html>

Revolución de las Rosas

Acción aislada en contra de la violencia obstétrica, que tuvo lugar en 2011. Impulsada desde una comunidad de Facebook llamada Sres. y Sras. de la S.E.G.O no somos un chiste, que hizo un llamamiento a la reflexión sobre la publicación de las viñetas en la gaceta electrónica de esta

sociedad médica, y el trato humillante a los pacientes, las condiciones y los nacimientos que ellos realizaron. La acción invitó a activistas a dejar rosas en los ayuntamientos en señal de protesta. Luego, se convirtió en un movimiento global contra la violencia obstétrica. Sitio web disponible en <https://www.rosesrevolution.com/>

Superando el Aborto

Comunidad virtual de apoyo a todas aquellas personas que han sufrido la interrupción traumática de un embarazo, a través de las redes sociales. Sitio web disponible en <http://superandounaborto.foroactivo.com/>

Terra Mater

Organización con vocación de contribuir a la toma de conciencia y al cambio de paradigma en la relación con la naturaleza, empezando por la relación con la naturaleza propia hasta las críticas etapas tempranas de la vida. Sitio web disponible en <http://formacionterramater.es/>

Titània-Tascó

Creada en 1985. Es una cooperativa de comadronas de parto en casa con el objetivo de ofrecer calidad profesional y humana a todas las mujeres, parejas y bebés que deseen ser acompañadas en sus experiencias durante el embarazo, el parto, el nacimiento y la crianza. Promueve la normalización del parto en casa dentro de la sociedad y de las instituciones sanitarias, para esta sea una opción viable e incluso sea financiada por el sistema sanitario. Sitio web disponible en <http://www.titania-tasco.com/>

Xarxa de Dones per la Salut

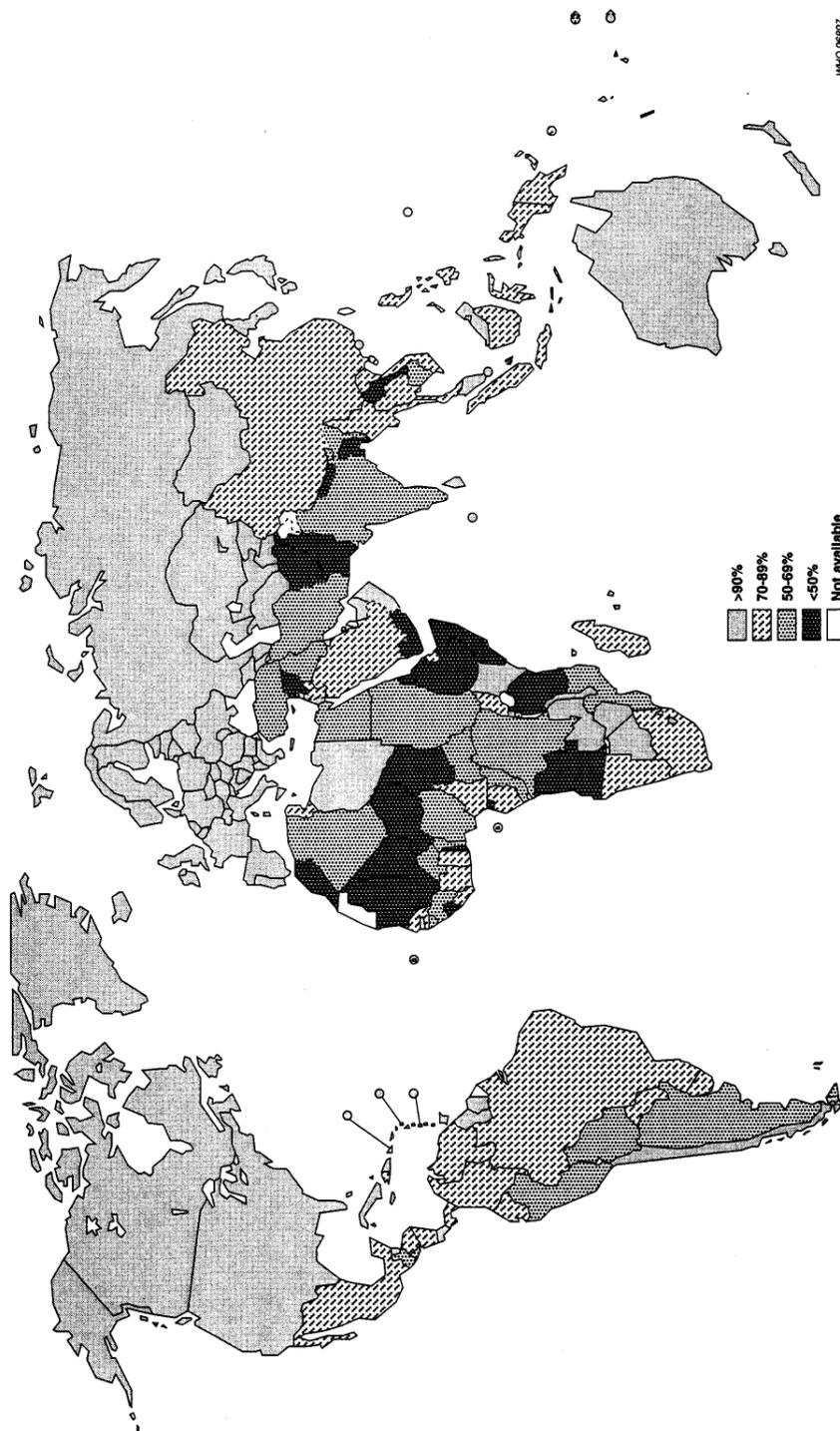
Creada en 1997. Es una red de mujeres feministas motivadas por la salud de las mujeres y del conjunto poblacional. Organizada en diferentes colectivos y ámbitos: usuarios, ayuda mutua, profesionales, activistas por la salud, etc. Sitio web disponible en <http://xarxadedonesperlasalut.org/>

Anexos VI. Documentos

Documento I. World Health Organization. Coverage of Maternit Care. A listing of available information (1997)

WHO/RHT/MSM/96.28
Page 8

Figure 1. Estimates of the proportion of pregnant women who received some antenatal care, by country (around 1996)

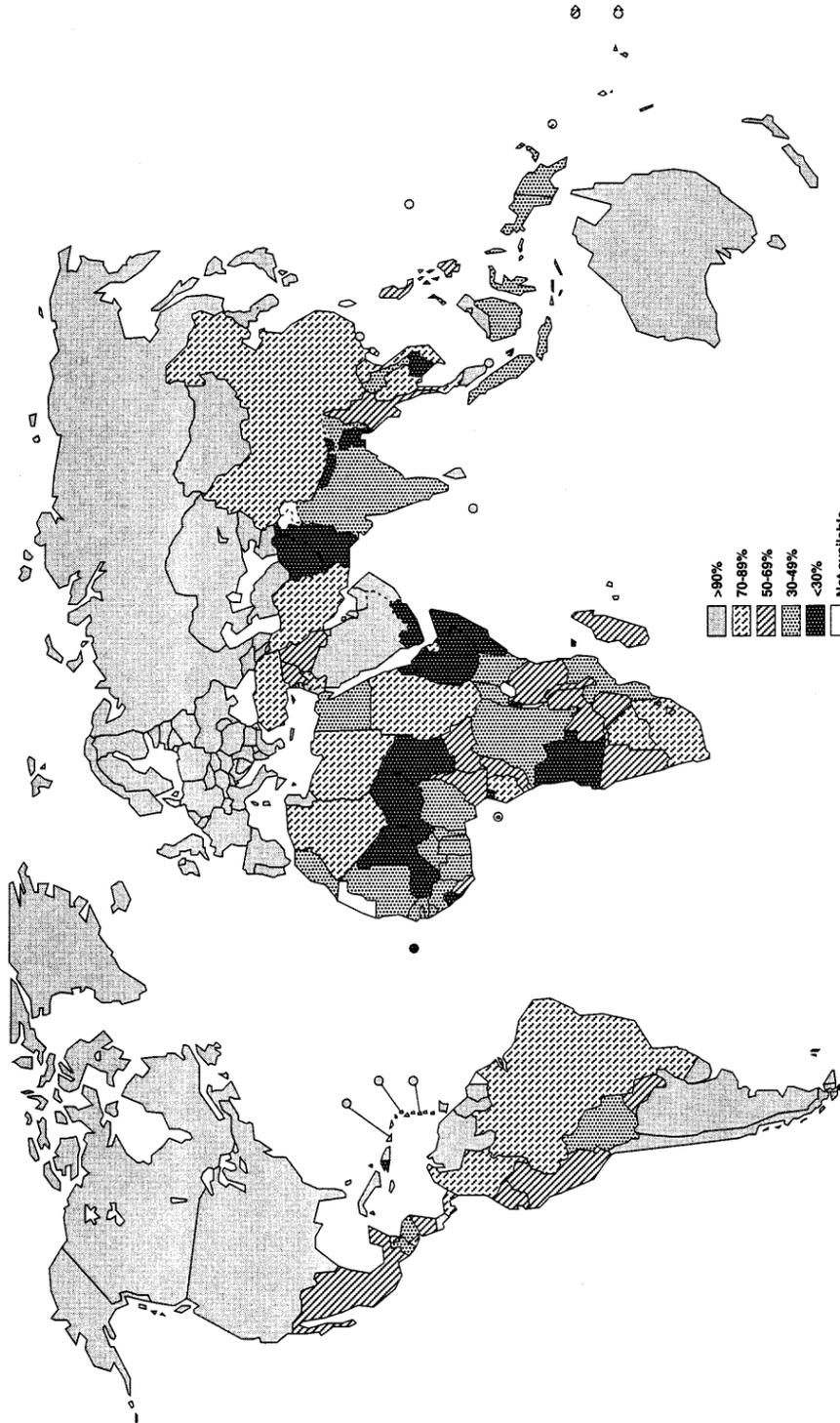


The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Documento II. World Health Organization. Coverage of Maternit Care. A listing of available information (1997)

WHO/RHT/MSM/96.28
Page 9

Figure 2. Estimates of the proportion of deliveries attended by skilled personnel, by country (around 1996)



The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines represent approximate border lines for which there may not be full agreement.

WHO 96956

Documento III. World Health Organization. Coverage of Maternit Care. A listing of available information (1997)

WHO/RHT/MSM/96.28
Page 10

Table 1 Global and regional estimates of antenatal care, deliveries in health facilities and deliveries attended by skilled personnel (around 1996)

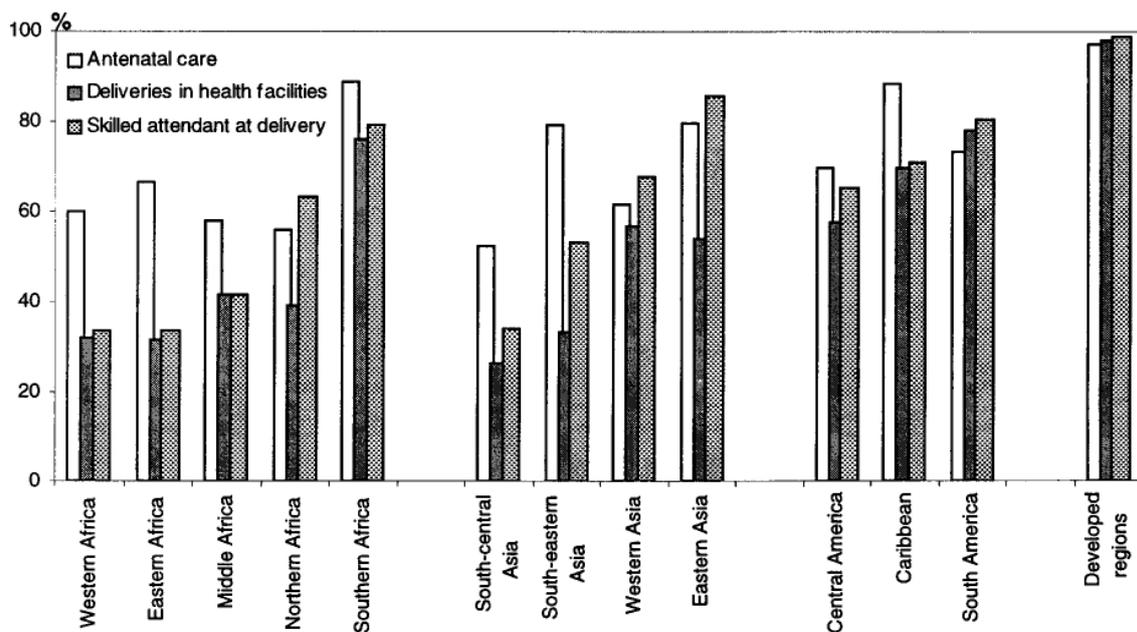
	Estimated % and number of pregnant women with						Estimated number of pregnant women NOT having		
	Antenatal care		Deliveries in health facilities		Skilled attendant at delivery		Antenatal care	Deliveries in health facilities	Skilled attendant at delivery
	%	1000s	%	1000s	%	1000s	1000s	1000s	1000s
World total	68	96010	46	64780	57	80690	44730	75960	60040
More developed regions	97	13880	98	14030	99	14160	480	330	200
Less developed regions	65	82130	40	50750	53	66540	44250	75630	59840
Africa	63	19290	36	11180	42	12790	11440	19550	17930
Eastern Africa	66	7040	32	3350	34	3570	3560	7240	7020
Middle Africa	58	2260	41	1610	42	1630	1630	2280	2270
Northern Africa	56	2730	39	1910	63	3080	2150	2980	1800
Southern Africa	89	1350	76	1150	79	1200	170	360	320
Western Africa	60	5910	32	3160	34	3310	3930	6680	6530
Asia*	65	53900	37	30890	53	44600	29510	52530	38820
Eastern Asia*	80	18440	54	12480	86	19830	4680	10650	3300
South-central Asia	52	22020	26	11090	34	14320	20100	31030	27800
South-eastern Asia	79	10140	33	4260	53	6810	2660	8540	5990
Western Asia	61	3300	57	3060	68	3630	2070	2310	1740
Europe	97	8100	97	8060	98	8170	230	270	160
Latin America & the Caribbean	73	8770	71	8570	75	9030	3240	3440	2980
Caribbean	88	710	70	560	71	570	90	240	240
Central America	70	2480	58	2060	65	2330	1090	1510	1240
South America	73	5580	78	5950	80	6130	2060	1690	1510
Northern America	95	4150	99	4340	99	4350	240	40	40
Oceania*	75	170	49	110	52	120	50	110	110

* Japan, Australia and New Zealand have been excluded from the regional estimates, but are included in the total for more developed regions.

Figures may not add to totals due to rounding.

Documento IV. World Health Organization. Coverage of Maternit Care. A listing of available information (1997)

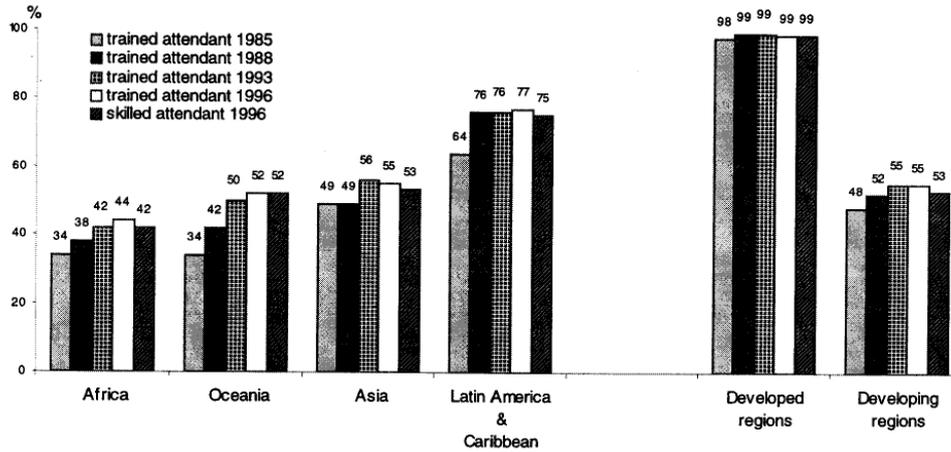
Figure 3. Estimated percentage antenatal care, deliveries in health facilities and skilled attendant at delivery in some developing regions (Africa, Asia and Latin America) by UN sub-regions and developed regions (around 1996)*



* Source: Table 1

Documento V. World Health Organization. Coverage of Maternit Care. A listing of available information (1997)

Figure 4 Regional estimates for developing regions (Africa, Asia, Oceania and Latin America) and developed regions 1985 - 1996 of attendant at delivery



Source: Coverage of maternity care (editions 1-3) and Table 1

Recuadro 5.1 Embarazo y parto sin riesgo

En condiciones óptimas, unos 990 de cada 1.000 embarazos que llegan al séptimo mes de gestación concluyen con un recién nacido y una madre sanos. En cambio, para la mayor parte de las mujeres del mundo en desarrollo el alumbramiento es peligroso. En los países en desarrollo, una mujer de cada 50, aproximadamente, muere como consecuencia de complicaciones del embarazo y el parto, mientras que en los países con economía de mercado consolidada muere sólo una de cada 2.700. La mortalidad materna tiene profundas consecuencias en la unidad familiar; para los niños de menos de cinco años, las probabilidades de morir cuando la madre fallece aumentan hasta un 50%.

En 1987, la comunidad sanitaria internacional, incluidos el Banco Mundial, la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y distintos organismos de 45 países emprendieron la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo. El objetivo primordial es reducir a la mitad el número de defunciones maternas para el año 2000. Entre los programas sanitarios recomendados en virtud de esa Iniciativa se cuentan los de planificación familiar y la asistencia durante el embarazo, la atención prenatal y asistencia obstétrica. (Los servicios vinculados a la planificación familiar y el aborto provocado se examinan con más detenimiento en el Capítulo 4.) En el caso de la asistencia durante el embarazo, la eficacia marginal en función de los costos varía según las circunstancias, pero el Banco Mundial ha calculado que el costo medio por AVAD oscila entre \$30 y \$110, lo que equivale a menos de \$2.000 por cada muerte evitada.

Si el 80% de la población mundial recibiera atención prenatal, obstétrica y puerperal, la carga de la morbilidad derivada del parto peligroso se reduciría en 40%, a un costo de entre \$90 y \$255 por parto asistido o \$4 a \$9 per cápita. Un programa razonablemente bueno de asistencia relacionada con el embarazo tendría que incluir tres componentes:

- *Información, educación y comunicaciones*, destinadas a crear demanda de servicios clínicos, alertar a las mujeres

y a otros acerca de indicios de peligros que pueden presentarse durante el embarazo y el parto, y movilizar a las comunidades para trasladar a los hospitales de distrito a las mujeres que sufren complicaciones.

- *Atención obstétrica en la comunidad*, por enfermeras-parteras capacitadas que presten los servicios siguientes: atención prenatal, con inclusión de inmunización con anatoxina tetánica, tratamiento de la sífilis, administración de micronutrientes (hierro, ácido fólico y yodo) y detección de complicaciones en el embarazo y el alumbramiento; asistencia en el parto normal, incluida la aplicación profiláctica de antibióticos contra la oftalmía blenorragica; primeros auxilios obstétricos, entre ellos la administración de sedantes en caso de eclampsia temprana (convulsiones vinculadas al parto) y la extracción manual de la placenta; remisión pronta y eficaz de las pacientes con complicaciones graves, y aborto inducido sin riesgo.

- *Establecimientos asistenciales de distrito* que presten servicios obstétricos esenciales (operación cesárea, anestesia, reemplazo de sangre, procedimientos manuales y vigilancia del parto) y practiquen la reanimación neonatal (aspiración de secreciones y respiración asistida con oxígeno).

La importancia que se otorgue a los diferentes componentes dependerá de las condiciones locales. En un extremo se encuentran los distritos donde los recursos son limitados y las mujeres están muy aisladas. En esos casos, las prioridades serán la atención prenatal encaminada principalmente a corregir las carencias de micronutrientes y las infecciones tales como las ETS y el paludismo. En el otro extremo se encuentran las zonas urbanas y periurbanas, donde los centros de remisión de pacientes están abrumados por el número de partos normales y la calidad de la atención suele ser mala; en estos casos, los centros de salud deberían mejorarse a fin de que pudieran atender alumbramientos normales, y sería menester elevar la calidad de la asistencia hospitalaria para tratar de manera más adecuada las complicaciones obstétricas.