

UNIVERSITAT JAUME I
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS FEMINISTAS Y DE GÉNERO
*MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN APLICADA EN ESTUDIOS
FEMINISTAS, DE GÉNERO Y CIUDADANÍA*



**EL PLAN DE PARTO.
UNA HERRAMIENTA PARA LA VISIBILIZACIÓN DE LAS
MUJERES**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Presentado por:
Buenaventura Vázquez Gutiérrez**

**Dirigido por:
Dora Sales Salvador**

**Universitat Jaume I
Curso 2013 – 2014**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. LA ESFERA PRIVADA, LA MATERNIDAD, LAS PARTERAS Y LA ASISTENCIA TRADICIONAL AL PARTO	
1.1. La maternidad, eje central de la esfera privada	5
1.2. Maternidad social y moral	10
1.3. Maternidad y feminismo: dos posturas principales y complementarias	15
1.4. Las matronas en España. Un ejemplo de conquista del espacio público por parte de las mujeres	19
1.5. Breve historia de la asistencia del parto: “Desde lo natural hasta el hospital”	28
II. EL PLAN DE PARTO: una herramienta para el empoderamiento de las mujeres	
2.1. Medicalización del parto en España	36
2.2. Humanización del proceso de parto: un acercamiento a la perspectiva de género	41
2.3. El plan de parto, una herramienta para visibilizar a las mujeres	
2.3.1. Plan de parto: Historia y realidad en España	50
2.3.2. ¿Qué es un Plan de parto?	53
2.3.3. Consejos de elaboración. Posibilidad de aceptación o rechazo de un Plan de parto	57
2.4. Claroscuros del Plan de parto	61
III. PLAN DE PARTO: una experiencia personal	64
CONCLUSIÓN	69
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	
1. Plan de parto de la cartilla de seguimiento del embarazo	86
2. Plan de parto subversivo	87
3. Plan de parto de nuestra experiencia personal	88
4. Carta de respuesta del Hospital Universitario Clínico de Valencia	89

SIGLAS

AIMS. Association for Improvements in the Maternity Services.

FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España.

JOGNN. Journal of Obstetrical, Gynecologic and Neonatal Nursing.

LBRAP. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

MSPI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

NHS. National Health Service.

NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence.

SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

INTRODUCCIÓN

La asistencia al parto y nacimiento es un acontecimiento vital tradicionalmente coordinado, supervisado y dirigido por mujeres. Esta asignación femenina no se produjo por un reconocimiento al natural protagonismo de ellas en el proceso ni porque atesoraran un conocimiento cualitativamente diferente al de los hombres, ya que éstos sólo podían estudiarlo e intuirlo, sino que se debió a la consideración del parto como *cosa de mujeres*. Los hombres se reservaban otros menesteres *más complejos, técnicos y racionales*. Esta asignación, por tanto de segunda clase, fue reflejo del sistema patriarcal que delimitó la vida de las mujeres al ámbito privado y las definió de una manera homogénea con unos atributos -sumisa, pasiva, abnegada, piadosa, necesitada de ayuda, etc.- que *por naturaleza* la hacían la mejor indicada para desarrollar dichas tareas, entre éstas la asistencia al parto y la maternidad. El tratamiento patriarcal que se ha dado a la mujer, invisibilizándola en el ámbito público y otorgándole el cargo del privado, ha facilitado que la maternidad sea considerada una tarea u ocupación obligada e ineludible para todas las mujeres. Desde supuestos feministas esta maternidad puede ser vivida como un lastre o como un acontecimiento especial y exclusivo de las mujeres, ambas posturas son complementarias en el planteamiento de este trabajo.

El carácter prescriptivo de la maternidad permitió que, por una parte, las mujeres pudieran parir en casa acompañadas de otras mujeres que entendían perfectamente la situación por la que estaban pasando las gestantes y por tanto empatizando con ellas, considerando sus deseos y necesidades, y, por otra, que las asistentes del parto –las parteras- tuvieran una relevancia y reconocimiento social muy importante en el seno de su sociedad y en la época que les tocó vivir. Esta maternidad social que permitió a algunas mujeres asistir los partos de muchas otras y desarrollar un trabajo con repercusión social más allá de las cuatro paredes de sus hogares se vio amenazada por el deseo de los hombres de sustraer la maternidad a la mujer como reflejo del miedo e inseguridad masculinos respecto al mismo. Ésto se materializó cuando los hombres se adueñaron del control del parto al darle status científico, alejado de la sabiduría popular de las parteras, y al instaurar su progresivo tratamiento hospitalario.

La atención del parto en el hospital facilitó su asistencia desde un punto de vista patriarcal, basado en su consideración desde lo patológico, favoreciendo su medicalización y el intervencionismo excesivo más centrado en las necesidades del personal sanitario y de la aplicación tecnológica que de las parturientas y sus bebés. De

esta forma se relegó el protagonismo de las matronas y de las gestantes a un segundo plano y se ninguneó todo el conocimiento y saber atesorados por las mujeres, transmitido durante siglos sobre la atención al parto.

Es evidente que la hospitalización del parto conllevó una disminución drástica de la mortalidad infantil y materna, pero también produjo una invisibilización de las mujeres, tanto de las gestantes como de las matronas, difícilmente entendida siglos atrás, que redundó en una disminución en la calidad de la atención a las mujeres embarazadas y en su consideración desde una óptica alejada de sus necesidades, expectativas y deseos.

El objetivo principal de este trabajo es mostrar el Plan de parto como un instrumento, al alcance de todas las gestantes, válido para su empoderamiento durante el embarazo, parto y puerperio, y cómo el enclaustramiento ilustrado de la mujer en la esfera privada y su posterior conquista de lo público, pero bajo estigmas de inferioridad, ha impedido que su voz sea escuchada y su opinión o deseos tenidos en cuenta durante el trabajo de parto, para lo cual el Plan de parto es una herramienta compensadora.

En lo concerniente a los objetivos específicos de este estudio, éstos pueden enumerarse del siguiente modo:

- Reconocer la importancia de la figura de las matronas en la conquista de la esfera pública y en la atención a las mujeres embarazadas.
- Conocer el proceso de humanización del parto y las evidencias científicas que desaconsejan o rechazan prácticas tradicionalmente realizadas en los hospitales a las mujeres embarazadas, pues son injustificadas, invasivas e incluso denigrantes.
- Dar a conocer el Plan de parto como un documento que cualquier mujer embarazada puede presentar antes de su parto y que le ayudará a reflejar sus expectativas y deseos durante y después del mismo.
- Resolver dudas sobre la elaboración y presentación del Plan de parto, destacar su flexibilidad y la posibilidad de que sea rechazado por el hospital de referencia.
- Reflexionar sobre el valor feminista del Plan de parto, que no ha de circunscribirse al contexto del parto natural, sino al de los deseos y necesidades de las mujeres.
- Mostrar un caso real de utilización del Plan de parto.
- Reflexionar sobre la influencia negativa que actualmente parece producir el Plan de parto sobre la satisfacción de las gestantes.

- Destacar posibles vías de investigación que expliquen la utilidad real del Plan de parto.
- Señalar la importancia de la educación que fomente mujeres que se sientan competentes y empoderadas, y de la formación del personal sanitario en la atención humanizada a las mujeres y sus familias durante el proceso del parto.

La elaboración de este trabajo se ha basado en una búsqueda bibliográfica con el objetivo de conocer la evidencia científica actualizada sobre el parto y el Plan de parto, así como el contacto con dos hospitales –H. Lluís Alcanyíis de Xátiva y H. Universitari i Politènic la Fe de Valencia- y el Centro de Atención Primaria de Catarroja (Valencia), con la intención de recabar datos significativos sobre la presentación y respeto de los planes de parto. Desafortunadamente no recabamos datos significativos, ni en cuanto a registros ni respecto a investigaciones sobre el tema, además fue muy complicado hacer algunas gestiones en los hospitales a pesar de tener algún contacto. Da la impresión de que a pesar de toda la evidencia científica y guías oficiales que recomiendan su utilización, el Plan de parto sigue siendo un desconocido para el propio personal sanitario o *un ignorado* por los protocolos tradicionales del sistema sanitario. En la búsqueda bibliográfica ha resultado sumamente interesante la consulta de la revista *Matronas Profesión* y diferentes Guías de actuación elaboradas por el Estado, Comunidades Autónomas y por diferentes asociaciones o instituciones como FAME, SEGO, OMS, NHS, etc.

El proceso de investigación se ha realizado siempre desde el punto de vista de género, cuestión fuertemente asociada a la maternidad y el parto, como se explica a lo largo de este trabajo, lo que ha enriquecido mi propia visión respecto al Plan de parto.

La asistencia hospitalaria del parto en España a partir de la década de los sesenta configura un entorno público típicamente dominado y dirigido por *lo masculino*, que la evidencia científica ha demostrado ser hostil con las embarazadas. Esta evidencia ha favorecido un progresivo proceso de humanización del parto desde los últimos años del siglo XX, que ha llegado a nuestro país tímidamente a principios del presente siglo, y gracias al cual se han elaborado Guías de actuación tanto para la atención del parto normal como sobre la utilización y presentación del Plan de parto.

En 2001 la OMS publicó diez principios referidos al *Cuidado perinatal, embarazo y parto normales*. El noveno de estos dice: *Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres*. Para ello el Plan de parto es una herramienta fundamental para visibilizar sus opiniones durante su propio parto, y también una forma de revalorizar el papel de las matronas o comadrones dentro del mismo. La evidencia de los últimos años, que muestra algunos

claroscuros en su utilización, no hace más que evidenciar su necesidad. El hecho de que algunas investigaciones han destacado una mayor insatisfacción de aquellas mujeres que han entregado un plan de parto al no ver cumplidas sus expectativas se puede interpretar como una consecuencia natural del desempeño de un rol activo en el proceso. El poder de decisión y creación de expectativas que genera el Plan de parto también produce la consecuente decepción o insatisfacción en el caso de que no se cumplan dichas previsiones.

Una vía fundamental de investigación es la que analice los factores que explican esos sentimientos negativos asociados a los planes de parto. Entre estos factores hay que considerar a las propias gestantes, al personal sanitario y a imprevistos o complicaciones del proceso. También hay que considerar la posibilidad de que el Plan de parto provoque cierto rechazo por parte del personal sanitario cuando erróneamente siente limitada o cuestionada su autonomía profesional, o de forma justificada cuando el Plan de parto no está correctamente elaborado.

En cualquier caso, este documento permite a las mujeres proponer el abordaje que consideran más conveniente de su parto, por lo menos para que conste oficialmente. Dándole voz en un entorno público especialmente profesionalizado y tecnificado como es el hospitalario.

Finalmente, nuestra experiencia personal ilustra aspectos desarrollados en este trabajo, como la incertidumbre inicial, el rechazo por parte del hospital de zona a atender nuestra petición de plan de parto, la importancia de la figura de la matrona durante todo el embarazo y parto, nuestras dudas sobre la conveniencia de entregarlo por si le *sentaba mal al personal sanitario*, la flexibilidad del Plan y finalmente la satisfacción por haber sido escuchados y haber respetado el Plan de parto hasta donde fue posible.

El presente trabajo parte del tradicional sistema desigual entre hombres y mujeres, su asignación de diferentes ámbitos, ocupaciones y atributos. Pretende mostrar la maternidad como una opción propia de la mujer, donde el Plan de parto es una herramienta que dentro del entorno hospitalario, protocolizado y con un marcado sesgo patriarcal le permite visibilizarse, reivindicarse y hacerse oír.

I. LA ESFERA PRIVADA, LA MATERNIDAD, LAS PARTERAS Y LA ASISTENCIA TRADICIONAL AL PARTO.

1.1. La maternidad, eje central de la esfera privada.

Tradicionalmente se han elaborado discursos y representaciones que atribuyen a las mujeres determinadas funciones en la vida social y también personal, que han producido una homogeneización de su personalidad y conducta. Esas atribuciones han sido secundarias y de menor valor que las atribuidas a los hombres configurando un sistema de privilegios para los varones, conocido como “sistema patriarcal”. De acuerdo con Molina (2003: 124) el patriarcado se puede definir como:

...el poder de asignar espacios no sólo en su aspecto práctico colocando a las mujeres en lugares de sumisión, como la casa, sino en su aspecto simbólico, es decir, nombrando y valorando esos espacios de las mujeres como “lo femenino”. Y como el poder de establecerse como diferencia y como referencia, como sujeto y como dueño del lenguaje.

Los mitos griegos, junto a los mitos hebreos y su posterior interpretación y desarrollo por el derecho romano, cristianismo e islam, son los gérmenes ideológicos que conforman el núcleo de nuestra cultura y explica, o por lo menos justifica, la situación de minusvaloración de las mujeres frente al hombre. En su dimensión histórica el patriarcado se ha ido adaptando a las sociedades, ya en la Antigüedad, en el seno de la cultura Griega, la madre de la democracia, se vislumbra la misoginia y ginecofobia (Marín, 2012: 56).

La cultura occidental, cuya visión de lo masculino como superior de lo femenino se remonta más allá de la Edad Antigua, deja a la mujer a merced de las leyes dictadas por los hombres, homogeneizando su identidad y limitando su libertad. Ya en la época Heróica de Grecia (antes del siglo XII a.C.) la mujer tenía claramente atribuidos una serie de virtudes y defectos, que en épocas posteriores se configurarían en estereotipos. Entre dichos defectos se destacan la cobardía, la falta de control emocional y la excesiva curiosidad (Marín, 2012: 63). En la Grecia Clásica (500-323 a.C.) la imagen de la mujer aparece más estereotipada, acentuando lo negativo: es irracional, mentirosa, charlatana e incapaz de controlarse en sus instintos, emociones, pasiones, comida o sexo. Debido a estos prejuicios de la Grecia Clásica, se consideró necesaria la institución matrimonial ateniense para reprimir la naturaleza sin control de la mujer y acotar su libertad de

movimientos sobre todo dentro de la esfera privada. La cobertura ideológica que justifica ese sometimiento femenino ya se vislumbraba en la mitología griega, cuando presentaba un panteón heleno muy desigual en cuanto a su paridad. Donde las deidades más poderosas son masculinas –Zeus, Urano, Crono-, y las diosas son descritas según roles muy concretos, como los de madre, hija o esposa, vinculadas a acontecimientos específicamente femeninos como la menstruación, la maternidad o el parto, y estigmatizadas a través de cualidades negativas o más modestas que los dioses masculinos (Marín, 1996: 102).

La narración de los orígenes en las tragedias griegas tampoco deja lugar a dudas. Hesíodo en su poema *Trabajos y días*, alrededor del siglo VII a.C. relata el mito de las Edades de la Humanidad. Siendo la Edad de oro el ideal, donde sólo existía el hombre. Para conocer el origen de la mujer, en la Edad de plata, hay que centrarse en el mito de Pandora, que institucionaliza y legitima la naturaleza secundaria de la mujer, además de iniciar la tradición de descalificaciones misóginas (Marín, 1996: 106). El mito de Pandora recoge las constantes del pensamiento machista que asume, entre otras, el hogar como el lugar propio de la mujer y su consecuente infravaloración. Este mismo autor será el pionero en lo que se conoce como *generalización indebida*, que asigna a la totalidad de las mujeres características comunes, frecuentemente negativas (Marín, 2012:56).

De la Orestíada de Esquilo se desprende también que el hombre vale más que la mujer incluso en la reproducción, considerando a los hijos propios del padre y el deseo oculto de sustraer la maternidad a la mujer. Muestra de ello son las hijas de Zeus, Afrodita y Atenea, que nacen sin intervención femenina.

Este estilo discriminador encubierto, con el paso del tiempo, se hace progresivamente más explícito y agresivo, como han dejado constancia, entre otros, autores como Semónides de Amorgos o Eurípides. Este último enfatizó la inferioridad intelectual de la mujer en comparación del hombre ilustrado, en boca de Hipólito¹ señala que *la mujer menos mala es la ignorante e ingenua*.

Homero considerado por Platón como el “educador de Grecia”, en la *Ilíada* y en *Odisea*, 700 a.C., destacó el papel secundario de la mujer, como hija, esposa y madre. La *Odisea* muestra el ideal de mujer, en Penélope –discreta y virtuosa. Aun así Homero no cargó con tanta virulencia contra la mujer como Eurípides (Fraga, 1991: 12), pero con la condición de no salirse de su espacio y roles tradicionales -madre, hija, esposa- circunscritos al hogar, o de lo contrario sería tachada de indecente.

¹ Eurípides: Hipólito, en *Tragedias*, vol. I. Madrid, Gredos, 1986.

Por tanto, en términos generales, los dos modelos de mujer predominantes en las tragedias griegas muestran una mujer, por una parte, carente de vida autónoma, pasiva, cuyo sentido reside en su papel de mujer, hija o esposa, frecuentemente vinculado al sufrimiento, la victimización y su falta de individualidad por su pertenencia al clan familiar que la representa y somete, en la Grecia arcaica, dejándola sin participación en la polis. Y por otra parte, aquella que tiene iniciativa y por tanto va en contra de ese rol tradicional reservado a la mujer, pero su acción se asocia a la catástrofe, el caos, en definitiva a una visión negativa de lo femenino, como serían los casos de Hera o Clitemnestra, entre otras. Este segundo modelo de mujer en ocasiones parece ser el atribuido a las mujeres que *osan* entregar un Plan de parto. No hay que olvidar que los orígenes del mal con frecuencia se han asociado a lo femenino, como la Pandora de Hesíodo o la Eva bíblica. Por su parte, el derecho romano configuró la institución familiar como garante del sistema patriarcal continuando el pensamiento griego.

Con estas bases, es fácil imaginarse la continuidad de ese imaginario y el discurso hegemónico que caracterizó al Antiguo Régimen. Las mujeres, vivían sometidas al poder patriarcal que ejercían sus padres, hermanos y maridos en el seno familiar. Con el poder absolutista y la sociedad estamental no se diferenciaba entre ámbitos públicos y privados, ya que la desproporción entre privilegios, libertades y derechos políticos que disfrutaban nobleza y clero frente al pueblo llano lo hacía impensable. El padre ejercía de rey en su familia, demostrando el mismo poder absoluto que el monarca.

Las mujeres sólo gozaban de ciudadanía como consortes y si cumplían su papel en el proceso reproductivo y en la maternidad que era su principal función (Fraga, 2001: 13). Esta finalidad procreadora de la mujer tenía como consecuencia la elevada mortalidad infantil y materna de la época (Corona y Fernández, 2012: 5). Pocas mujeres desarrollaron una carrera intelectual y profesional durante el Antiguo Régimen: Marie Colinet en medicina, o, en el arte, Artemisa Gentileschi y Giovanna Garzoni, son ilustres excepciones. En términos generales, sólo destacaban las parteras en los s. XVI-XVII, donde las mujeres eran las responsables de la atención al embarazo y parto siendo reconocidas por ello en el ámbito público, aunque, no lo olvidemos, referidas a unas funciones y tareas, que tradicionalmente las mujeres habían realizado en la esfera privada, que incumbían al repertorio femenino asignado por el patriarcado y que en aquella época empezaban a ser desplazadas por los cirujanos-comadrones. Es a partir de los siglos XVII y XVIII cuando los pensadores ilustrados deslegitiman ese poder absoluto. Se sientan las bases del estado liberal y con él, progresivamente, la diferenciación de dos ámbitos, el público y el privado, al establecer unas reglas diferenciadoras para regir la

vida familiar y otras que hacían lo propio con la vida política. Pero esa crítica al Antiguo Régimen sólo significó al varón, dejando en segundo plano a la mujer. De esta forma, poco a poco, se fue asociando la esfera pública a lo masculino, y la privada a lo femenino justificada además con postulados naturalistas (Sanfeliu, 2009: 3):

Según los pensadores de la época, las diferencias biológicas y las leyes de la “naturaleza” reservaban a las mujeres el mundo del amor, los impulsos, los sentimientos o la intuición para gobernar en la esfera de lo privado. En cualquier caso, este orden de discursos que teorizaban la existencia de dos sexos biológicos distintos por “naturaleza” fue derivando en unas prácticas de vida que atribuían a cada género cometidos distintos aunque complementarios en la vida social.

A finales del s. XVIII quedaba institucionalizada en Europa, tanto en los discursos políticos como en la práctica cotidiana, “la diferencia sexual”. Se superaba así la simple afirmación arcaica de que lo femenino era inferior, para justificar la exclusión femenina de los derechos políticos y su dependencia respecto a los derechos civiles desde la disposición natural de cada sexo para que así fuera. El liberalismo asume la concepción clásica de “privado” que está sometida al estado de «naturaleza» (Molina, 1994: 106).

Este ideario cristalizó en la Revolución Francesa y la Declaración del Hombre y del Ciudadano (1789), que olvidaba a la mujer y le negaba la ciudadanía activa. Fue relegada y apartada al ámbito doméstico. Además, la sociedad presionaba a las mujeres a contraer matrimonio, porque era la única vía para obtener respetabilidad social y protección del clan familiar, asumiendo que su inferioridad natural sólo se compensaba con un “buen” matrimonio. De ahí que la única iniciativa y papel activo, en la esfera pública, que se permitía a las mujeres era la búsqueda de marido, por eso eran importantes para ellas los bailes organizados en salones, el primer traje de adolescente o la búsqueda de la belleza como un ideal a conquistar. Estos aspectos los ilustraría magistralmente Jane Austen en algunas de sus novelas².

El contrato social, origen de las sociedades modernas, reservó un espacio para las mujeres, alejado del ámbito civil, económico y político, pero complementario de aquel, ya que, como señaló Pateman (1995: 2), no puede haber individuo público sin la adscripción de la mujer a lo privado.

² Austen, Jane (1811) *Sentido y sensibilidad*, Punto de Lectura, S.L., 2001; *Orgullo y prejuicio* (1813), Alianza Editorial, S.A., 2002.

A finales del s. XVIII, la Revolución Industrial hizo más visible la diferenciación social de los lugares de producción y reproducción, de espacio público y privado. Destacando el estigma peyorativo que marca a las mujeres y las tareas que le han sido asignadas.

El valor social y económico que representaba la vida pública en los hombres contrastaba con el carácter natural y privado de la domesticidad, maternidad y crianza propias de las mujeres, y, por tanto, sin trascendencia ni reconocimiento en la productividad de la sociedad.

Fue paradójicamente la Ilustración la que trajo el derecho de la Educación también para las niñas. Esta educación sesgada y dirigida a cumplir el rol patriarcal asignado a la mujer permitió, en muchos casos, la progresiva alfabetización de las clases populares. Esta progresiva culturización de las mujeres implicó su también progresiva incidencia en el ámbito público.

En el siglo XX, heredero del liberalismo del siglo anterior, se configura el modelo del ángel de hogar, postal típica de la España de la dictadura, según el cual las mujeres son las guardianas del hogar, demostrando su servicialidad, sumisión y búsqueda continua de la belleza para contentar al exigente esposo (Monlleó, 2012: 86). La estructura familiar como base institucional de dicho modelo era extensa, y tenía el sentido religioso y patriarcal propio de la época ilustrada. Aunque es cierto, que sobre todo en las clases medias y bajas, las mujeres también formaban parte del ámbito público, respecto a la economía familiar y su influencia en la economía global. Ya que la familia era un agente económico fundamental y al tratarse de una economía principalmente basada en el sector primario, agricultura, ganadería y artesanía, las madres, hijas, hermanas... intervenían activamente en la misma. Progresivamente el sistema, de forma hábil e interesada, las iría encaminando hacia los ámbitos educativos o asistenciales.

La familia venía definida por el matrimonio, que confería a la misma un sentido moral y digno que no podía ostentarse sin aquel. El matrimonio también institucionalizaba el dominio del marido sobre la mujer, privando a la mujer de identidad propia. Esta falta de identidad se muestra claramente en el reconocimiento de las mujeres como protectoras del hogar pero bajo el dominio del varón. Cuando eran violentadas y maltratadas por el sector masculino de su hogar y eran capaces de denunciar dicha situación no lo hacían como una manifestación de su ciudadanía política, sino como una consecuencia necesaria para salvaguardar el orden patriarcal que algunos varones no garantizaban, como los casos documentados de la Chancillería de Valladolid (Corona y Fernández, 2012: 83).

Como hemos visto, la dicotomía público-privado es una construcción ideológica que, a pesar de haber sido criticada sobradamente, está arraigada en todos los estamentos del mundo, delimita unos espacios y define una virtud que marca a la mujer con la maternidad, la domesticidad y el matrimonio, y genera una sociedad jerarquizada al darle más importancia a un ámbito respecto del otro. Esto facilita el enclaustramiento y la indiscernibilidad, como señala Celia Amorós (2002), homogeneizando a las mujeres e invisibilizándolas.

Las consecuencias de esta discriminación se reflejan en el incumplimiento de sus derechos, la restricción del uso y control de los recursos y sus beneficios, la falta de acceso a servicios básicos y el desplazamiento de los puestos de toma de decisiones en cualquier nivel social, político o económico, favoreciendo el proceso de feminización de la pobreza (Miguel, 2012: 207).

La desigualdad entre hombres y mujeres es resultado directo de la estructura que sostiene este sistema social basado en la infravaloración de los atributos, roles, y responsabilidades calificadas como femeninas y la subordinación de la mujer. Son múltiples las consecuencias que acarrearán la separación social, económica y política de los conceptos público y privado (Caballero, 2012: 68). Entre estas consecuencias está el imaginario creado sobre la maternidad, un hecho siempre alienado a las mujeres, por naturaleza (Bolufer, 2010: 52), que las puede llevar, como criticó Gilman (1898), a un excesivo desarrollo del aspecto maternal en detrimento de las capacidades productivas y que al mismo tiempo, y paradójicamente, la va a deslegitimar a la hora de hacerse oír en un ámbito público, como puede ser el hospitalario durante su propio parto.

1.2. Maternidad social y moral.

Como ya hemos indicado anteriormente, alrededor del matrimonio, la maternidad y la domesticidad gira el modelo del ángel del hogar o de la "feminidad exquisita" como denominaría María Martínez Sierra (María de la O Lejárraga) en su obra *La Mujer Moderna* (1920).

Este modelo fue popularizado por el liberalismo del siglo XIX, heredero del pensamiento ilustrado. Aunque el modelo burgués que la Revolución Francesa generó, facilitó su generalización. Este modelo conlleva la aceptación del esencialismo fisiológico, por el que las mujeres tienen unos atributos naturales: "histéricas, soñadoras, sentimentales, débiles de carácter... se les exige buscar la belleza..., ser buenas madres y sumisas esposas" (Monlleó, 2012: 86-87). El ángel del hogar simboliza una mujer sin estudios, ni voz ni voto en su vida, una vida que gira en torno al hogar, la maternidad y lo privado. Cuya

ignorancia la lleva a defender dicho modelo de dependencia marital. Pero una ignorancia no exenta de inteligencia, como señaló María Martínez Sierra:

La mujer española es ignorante, pero no inculta. Tiene los prejuicios de la ignorancia, que se disipan automáticamente con el conocimiento y no son tan indestructibles ni tan de temer como los de la semi-cultura de los otros países. Ignorantes, escépticas e inteligentes; esa es la amalgama espiritual de nuestras mujeres (La Región³ 3-VIII-1932)

Este discurso había calado en la España de finales del siglo XIX, prueba de ello fue el Código Civil de 1889, que definía a la mujer como dependiente de la figura masculina, fuera padre, hermano o marido, con incapacidad para ejercer derechos fundamentales como recibir una herencia, tener potestad para estudiar o trabajar sin pedir permiso, o de ser testigo en juicios. Pero este tratamiento peyorativo de la mujer en el ámbito público también se reflejó en su espacio privado, esfera propia de la mujer según el planteamiento tradicional, donde la mujer era la protagonista pero sólo en un sentido carcelario y no de autonomía, como se puede observar en los casos de adulterio donde, legalmente, para los hombre podía llegar como máximo una multa, mientras que las mujeres podían ser encarceladas entre tres meses y dos años (Monlleó, 2012).

Este modelo de “mujer ideal o virtuosa” tenía la maternidad como razón de ser o proyecto de vida, identificando maternidad con feminidad y homogeneizando una representación de la misma que debía cumplirse en todas las mujeres, por el mero hecho de serlo. Esa ley de vida que vincula el destino y la realización de las mujeres a la maternidad, basada en una construcción de la mujer según la visión del hombre, ha conformado un imaginario común que afecta también a la forma de enfrentarse al embarazo y parto, donde las mujeres todavía dejan de lado sus intereses y deseos ocupando la segunda fila durante estos acontecimientos vitales, por detrás de la visión y decisión de la institución hospitalaria que, frecuentemente, tiene perspectiva masculina.

A principios de siglo pasado este modelo empieza a ser contestado. Proveniente de Francia, Inglaterra y Estados Unidos, otro modelo de mujer se muestra al mundo. Mujeres privilegiadas, social y educacionalmente, conscientes de la injusta situación que vive la mujer, aunque se mantienen en su papel de “dulce mitad”, comienzan a participar en determinadas actividades públicas. Se trata de una mujer cuya formación le da más

³ La Región fue un diario independiente de la tarde. Se distribuía en Santander. Fundado y dirigido por Víctor de la Serna Espina, comenzó a distribuirse el 3 de abril de 1924 y se caracterizó por su tendencia regionalista.

independencia respecto del varón, beneficiaria del pensamiento Kraussista y las corrientes de renovación pedagógica de principios de siglo, en nuestro país promovidas, por ejemplo, por la Institución Libre de Enseñanza. Por tanto, ya no vive por y para su marido, sino que se complementa con él.

Debido a su autoconocimiento como mujer valiosa y en desventaja legal frente al hombre se la puede considerar como mujer feminista (Monlleó, 2012). Conquista pequeños territorios públicos, especialmente vinculados al ocio, como los salones, cafés, hace deporte, fuma, baila de forma sensual, se muestra a través de un peinado y moda más revolucionarios, su imagen cultural se masculiniza como símbolo de liberación (Monlleó, 2006: 197). Pero al mismo tiempo, se mantiene dentro de los patrones patriarcales, a pesar de todo. Este modelo, además de por la educación, se caracterizó por el asociacionismo en pro de los derechos de la mujer, siendo la antesala para la consecución del sufragio femenino en nuestro país en 1931.

Este movimiento burgués, de conquista de lo público, tuvo una importancia vital para visibilizar a las mujeres más allá de las opacas cuatro paredes del hogar.

Pero esta apertura al mundo estuvo mediatizada por el molde patriarcal, y su máxima: “la mujer es naturaleza”. Así, sólo permitió su intervención en aquellas actividades que no supusieran un riesgo para la estabilidad del sistema hegemónico, y que además sirvieran de apoyo a la actividad del hombre. De esta forma, a las mujeres se les permitió, ya entrado el siglo XX, su incursión, selectiva, en el espacio público.

Al igual que algunas profesiones, también la religión se feminiza al convertirse en un asunto privado desde finales del XIX. De esta forma la acción social de caridad y beneficencia promovidas por la iglesia pasan a desarrollarse principalmente por mujeres. Inmaculada Blasco (2005: 224, 233-235; 2006: 55, 62-63) habla de maternidad social en la actividad social que las mujeres católicas desempeñaban en la vida pública, a través de la caridad y la beneficencia, con el objeto de “regenerar” a la sociedad, en el mismo sentido que Juana Salas, en 1919, acuñó el término “madres sociales” para hacer referencia a la utilización de cualidades consideradas propias de la condición femenina en el ámbito público.

La maternidad social permitió trascender esas “virtudes naturales femeninas” del espacio privado al público, desarrollando tareas o funciones como las de enfermera, maestra, institutriz, partera, o secretaria, entre otras pocas. Estas profesiones permitieron a muchas mujeres, siguiendo las reglas patriarcales, hacerse un lugar en la esfera pública.

El primer tercio del siglo XX y la Segunda República supuso un avance cultural general y de las libertades y de los derechos de las mujeres en particular, sin precedentes en

España. La Constitución de 1931, por ejemplo, aprobó el sufragio femenino, una mayor protección de la salud de las mujeres o el acceso a la educación. Este contexto configuró un modelo de mujer que empoderaba el modelo krausista anterior. Como ejemplo paradigmático tendríamos a Clara Campoamor. Mujer con una sólida formación, ostentó una labor pública muy significativa y que deseaba cambiar, desde la política, la situación de desventaja de la mujer respecto al hombre. Esta mujer moderna que ilustra la conquista plena del ámbito público se vincularía sobre todo a mujeres republicanas, socialistas, anarquistas. Al mismo tiempo, desde el ala conservadora se desarrolla otro modelo de mujer que complementa al krausista, como respuesta a la amenaza laicista de mujer libertaria y liberada. El modelo católico asocia la conquista de lo público a la maternidad social, según la cual la superioridad moral de la mujer la hace responsable e idónea para atender a las mujeres obreras, curando a los y las enfermos/as, enseñando a los y las niños/as en las escuelas, etc. El discurso de la Iglesia no cambia, pero en la práctica, por necesidad, sí, abriéndose a la participación femenina en el ámbito público, aunque basada en la generalización de los atributos naturales de la mujer del discurso ilustrado y acotada a una misión de protección de la moral y de regeneración de la sociedad. La doctrina cristiana creía que eran las mujeres quienes podían frenar las corrientes de laicismo e irreligiosidad, ya que la mujer era caritativa, bondadosa, compasiva y abnegada por naturaleza, atributos que revertirían su avance corruptor en la sociedad española. Las mujeres católicas, devienen las transmisoras y defensoras de las «buenas y rectas costumbres de la moral católica» (Monlleó, 2006: 198).

La Guerra Civil Española supuso un periodo de crisis de tres años que rompió brutalmente con la época de progreso y libertad que había instaurado la Segunda República. Lamentablemente, ésta desembocó en más de cuarenta años de dictadura que devolvió a las mujeres el modelo del ángel del hogar, cuya presencia en el ámbito público estaba basada en la maternidad social y moral. A pesar del reduccionismo y encasillamiento dictatorial respecto a la imagen de la mujer, hubo mujeres que aprovecharon las propias reglas del sistema para alcanzar cierta independencia del ámbito privado.

El ejemplo paradigmático es el de las enfermeras. La aparición de la profesión de enfermera en España fue provocada por dos situaciones que confluyeron a finales del siglo XIX: la demanda de estudios y trabajo cualificado por parte de mujeres de clase media y alta, y, por otra parte, a la nueva organización del trabajo médico, cada vez más complejo, especializado y tecnificado (Martínez, 2013). De esta forma la enfermera daba respuesta a estas dos situaciones: las mujeres tendrían una ocupación en el ámbito

público, continuando los roles femeninos establecidos, y estaría a las órdenes de un médico, que necesitaba de sus servicios auxiliares. Concepción Arenal, figura fundamental en la reforma de la enfermería en el siglo XIX, propone que la formación y trabajo de enfermería se oferte sólo a mujeres por dos motivos: el primero, para no entrar en competencia profesional con los médicos, que eran hombres y, por otra parte, por las «dotes femeninas» de dulzura, caridad, naturalidad para el cuidado, etc. (Salas, 2012: 209). Dicha profesión, además de desarrollar funciones propias de la maternidad social, pues sus tareas eran reflejo de las realizadas por las mujeres en el hogar, llevaba implícita que quien la desempeñaba poseía los atributos morales propios de la condición femenina: superioridad moral, abnegación y caridad.

Pero de acuerdo con Isabel Blasco (2006: 63), los hombres carecían de esta maternidad moral, porque no formaba parte de «su naturaleza», por tanto están excusados de su ejercicio en cualquier ámbito. En cambio, las mujeres eran «madres sociales» que velaban porque la sociedad no se corrompiera y ejercían determinadas profesiones que requerían sus cualidades femeninas, no sólo en un sentido personal sino también institucional, al dirigir orfanatos, casas de caridad, centros educativos, etc.

Esa participación en la esfera pública de las mujeres de principios del siglo pasado, con el apoyo del sector católico y conservador de la sociedad, sesgada por el prisma patriarcal, ha ayudado a configurar un discurso que representa a la maternidad como una tarea propia e ineludible de las mujeres, ya que la maternidad redimía a las mujeres de su pecado original, y debe afrontarse de acuerdo a esa superioridad moral supuesta a la mujer, en el sentido apuntado por Moreno (2005: 36): «cuando se convertía en madre seguía los pasos de dolor y sacrificio de la Virgen María». Además, también subraya el papel secundario de la mujer frente al hombre, al desarrollar actividades profesionales que le son también asignadas por el hombre por razón de su naturaleza.

Como destaca Monlleó (2012): «De la manera en que se dicen las cosas se transmite una visión del mundo. El discurso condiciona la praxis, la acción y es muy difícil deshacer esos discursos patriarcales, lesivos para las mujeres».

Como el hecho de no sentirse, las mujeres, legitimadas para dar, ni siquiera su opinión, en algo tan suyo como es la maternidad y el parto.

El concepto de maternidad ha sido manipulado y estigmatizado a lo largo de la historia, aceptando interpretaciones varias, también desde una perspectiva de género, como veremos a continuación.

1.3. Maternidad y feminismo: dos posturas principales y complementarias.

Desde el movimiento feminista se analiza críticamente la construcción y los efectos de los discursos sociales que sustentan el tratamiento desigual entre hombres y mujeres, entre estos, el de la maternidad. La teoría feminista ha demostrado que el imaginario social sobre la maternidad, que la identifica con la femineidad y le atribuye unas características homogeneizadoras para todas ellas, es una construcción social con sesgo patriarcal (Saletti, 2008: 171). Esta construcción social se caracteriza por el instinto maternal, la ternura, la maternidad como ideal de vida, el sacrificio, etc. Se configura así el modelo de la buena madre. Éste se basa en la construcción cultural hegemónica de la maternidad, iniciada en la segunda mitad del siglo XVIII, que muestra a la madre como “el ángel del hogar”. Este modelo se sustenta en la mitificación del instinto maternal: amor espontáneo, inmutable e incondicional, y en la maternidad como eje de la identidad femenina, en el ámbito privado que le es asignado. El cuerpo femenino, la lactancia y los deberes maternales de la crianza son factores que ayudan a la mitificación de la maternidad (Saletti, 2008: 173).

Según Lorena Saletti, se pueden destacar dos posturas feministas principales sobre la maternidad. La primera de ellas deconstruye la existencia del instinto maternal y la reducción “mujer igual a madre”. La segunda postura reconstruye la maternidad como fuente de placer, conocimiento y poder de la mujer.

Ambas posturas las considero complementarias en mi planteamiento de trabajo, y a continuación se comentan sucintamente.

El primer enfoque deslegitima el modelo de la buena madre, cuestionando la existencia del instinto maternal y el concepto de maternidad como constructo identitario femenino.

La herencia ilustrada fomentó un proceso de naturalización de las conductas femeninas, y por tanto inmutables y ahistóricas ya que responden a dictámenes instintivos (Juliano, 2003). Se consideran el amor maternal, el amor romántico y la pasividad sexual los tres ejes de la naturalización maternal. Esta naturalización maternal es contradictoria, con evidencias personales, históricas, temporales y culturales que no son tenidas en cuenta. La madre perfecta no existe, es un mito (Badinter, 2011).

Simone De Beauvoir (1949), ya postuló que el instinto maternal no era de orden biológico sino una función que representaba un deseo de carácter social y cultural, siendo la maternidad una atadura para las mujeres. Destacó la importancia de considerar el deseo y preferencias de las mujeres respecto a la maternidad desde la diversidad. Actualmente el Ministerio de Salud señala la importancia de que el personal sanitario conozca las expectativas de las mujeres que van a dar a luz (Crespillo, 2013: 85). En la misma línea

Badinter (1991) señala que el instinto maternal y el amor maternal son construcciones sociales elaboradas por la cultura, aprendidas y reproducidas. El instinto maternal es un mito, es una construcción social de lo femenino. Este artificio se hace patente en la variabilidad histórica de la consideración del instinto maternal: «En el siglo XVII, XVIII y parte del XIX en Francia, las mujeres privilegiadas, con todas las condiciones económicas para ocuparse de un niño, preferían deshacerse de ellos entregándolos durante años a una lejana nodriza» (Saletti, 2008: 171). Además, es evidente que la infancia careció de cuidados maternales y paternales adecuados y de atención de las ciencias hasta bien entrado el siglo XVIII. Incluso los cuentos infantiles tradicionales ilustran este hecho, mostrando a niñas y niños carentes de derechos, abandonados ante cualquier dificultad y entregados a sus propios y débiles recursos o a instituciones que no tenían en cuenta sus necesidades (Grimm y Grimm, 1812).

La antropología también aporta pruebas sobre esa construcción social y cultural de la maternidad (Mead, 1982). Se requiere la desnaturalización de la maternidad para permitir la variabilidad en su manifestación (Juliano, 2003).

Tampoco desde la observación de la naturaleza se encuentra ese instinto maternal que desborda el nacimiento y crianza más allá de la maduración de las crías.

Incluso, se pueden esgrimir razones económicas para el mantenimiento social del instinto maternal. Ya que al generalizar ese deseo maternal, por naturaleza, incluso en los casos de esterilidad, se genera una demanda de reproducción asistida o medicalizada que ofrece importantes ingresos al sector privado de la medicina (Juliano, 2003).

El considerar la norma biológica como el sustrato a la maternidad, o, lo que es lo mismo, asumir el reduccionismo “mujer igual a madre o proyecto de madre” implica que todas las mujeres deben no sólo ser madres sino también desearlo, quitándole entidad a la decisión y sancionando la negación del hecho, pues hace peligrar su feminidad y aceptación social. La minusvaloración de la maternidad no es equiparable a la paternidad, pues la maternidad no se ha desarrollado en lo social, político y cultural como lo ha hecho la paternidad (Sau, 2003). Se ha demostrado que estos aspectos afectan significativamente a la vida de las personas. Recientes investigaciones conceden un promedio de diez años más de vida a los hombres casados que a los viudos, solteros y divorciados; los casados además presentan menos enfermedades. En el caso de las mujeres es al contrario: las mujeres solteras o divorciadas sin hijos viven más y más sanas que las casadas, que presentan el doble de enfermedades, sobre todo mentales (Gómez, 2001: 80).

De ahí la necesidad de deconstruir esa naturalización, la generalización de lo instintivo, para poder visibilizar la diversidad existente respecto a la maternidad que aflora en las mujeres. Aspecto que intenta poner de manifiesto este trabajo.

Por otra parte, hay que considerar las posturas feministas que reconstruyen la maternidad, entendiéndola como fuente de placer, conocimiento y poder específicamente femeninos.

Dentro de este enfoque se diferencia entre la maternidad como experiencia y la maternidad como institución. La primera muestra la reproducción como algo intrínseco de las mujeres, que las une y diferencia del varón, y la maternidad como institución, que emana del discurso hegemónico y busca mantener a la mujer bajo el control patriarcal. Naturalizando la maternidad, dirigiendo inevitablemente a la mujer hacia ella.

Saletti (2008: 180) cita a Bocchetti para destacar la inexistencia de un sistema simbólico construido por mujeres al haber sido «pensadas por otros». La maternidad implica venir al mundo traídas por las mujeres, aspecto que ha sido homogeneizado y cuya riqueza femenina ha sido silenciada por el orden patriarcal. Por ello, hay que resimbolizar desde lo que la visión del hombre ha omitido, censurado o silenciado, introduciendo los puntos de vista de las mujeres sobre la maternidad. Saletti (2008: 181) cita a Silvia Vegetti para apuntar la necesidad de liberar la maternidad de sus funciones definidas socialmente desde el patriarcado, para, de forma creativa y desde el punto de vista de éstas, elaborar un imaginario femenino de la maternidad que muestre su complejidad, donde tengan cabida sentimientos narcisistas junto con otros tradicionalmente maternos. Redefiniendo la identidad femenina desde la creatividad.

Saletti (2008: 182) cita a Sara Ruddick para destacar la separación que hace del hecho de dar a luz y el trabajo materno. El primero es propio y exclusivo de las mujeres, pero el segundo puede ser llevado a cabo por el hombre, muy a pesar del deseo de las políticas económicas y políticas. Ya que el trabajo maternal se basa en la atención a tres demandas básicas: el mantenimiento con vida de la criatura, su necesidad de crecimiento y de socialización. Ruddick considera a todas las madres como adoptivas, ya que el hecho biológico no implica necesariamente el deseo de cuidar a la criatura, del mismo modo que lo decide una madre que adopta, que podría decidir no hacerlo. Por tanto, habría madres mujeres (la mayoría) pero también madres varones. Pero en la mayoría de culturas lo femenino y maternal van unidos conceptual y políticamente.

Se trata de trascender un trabajo típicamente femenino a toda la sociedad, pero también el pensamiento que lo acompaña. Sentir, pensar y actuar están conceptualmente unidos en el maternaje. El pensamiento maternal dirige una actividad, guiada por la pretendida

no-violencia, que busca la gestión de los conflictos y salvaguardar la vida. Por tanto, aunque las mujeres no son intrínsecamente pacíficas, tampoco las madres, el trabajo materno sí que es un instrumento natural para una política de paz. Desde posturas ecofeministas se destaca la vinculación mujer-naturaleza, asociado a armonía, comunidad, paz..., frente a la de hombre-cultura, que se vincularía a la violencia o competitividad, entre otras (Miguel, 2013).

El proceso de construcción social de la maternidad supone una serie de mandatos que prescriben la forma de afrontarlo, representando a través de imágenes, discursos o instituciones un ideal de maternidad. Simone de Beauvoir, hace más de medio siglo destacó en su famosa cita «no se nace mujer, se llega a serlo» que el género, las diferencias hombre/mujer, son una construcción cultural sobre el sexo, que se transmite por la educación y por tanto no existe una esencia femenina (Alberola, 2012: 49). A pesar de los avances de los últimos tiempos, el insidioso efecto de ese discurso hegemónico, del imaginario así generado sobre la maternidad, afecta a las mujeres en todas las esferas de su vida. Según datos de la Encuesta de Población Activa, 2008, en apenas tres décadas la tasa de ocupación de las mujeres entre 25 y 49 años se ha duplicado, pasando de 36% en 1990 al 63% en 2010. Este dato tan positivo, si lo comparamos con décadas anteriores, oculta la verdadera realidad. Esa participación laboral tiene diferencias significativas si ponemos el foco en el compromiso laboral de las mujeres según su situación familiar. En alrededor del 60% de parejas con hijos menores de seis años, las mujeres trabajan, en cambio cuando no tienen hijos las mujeres trabajadoras ascienden hasta el 80% de las parejas. Además el trabajo parcial sigue siendo propio de las mujeres con hijos menores de seis años, según datos de 2008, el 19% frente al 10% cuando no los tienen (Marí-Klose, 2010: 37-40).

La maternidad no debería considerarse un estado igualmente deseado, ni manifestado, por todas las mujeres. La maternidad en ningún caso debe ser una obligación, sino una opción. Es una experiencia, que va a ser vital en el caso de optar por ella, pero cuyo desarrollo, dedicación y manifestación van a ser diversos.

El plan de parto permite visibilizar este universo femenino posible, especialmente durante el proceso del parto y puerperio.

Durante este siglo hemos asistido a un aumento del número de mujeres que deciden no ser madres. La salud de las mujeres vinculada a la maternidad está relacionada directamente con el modelo socioeconómico y cultural. (Barona y Pla, 2012: 13). Actualmente en el mundo occidental, el descenso de la fecundidad y el retraso en la edad de la primera maternidad son reflejo de la incorporación de la mujer al espacio público y

de un cambio de mentalidad en cuanto a la obligación de concebir. No hay que olvidar que un fenómeno propio de la sociedad actual es la “infertilidad voluntaria” (Agudo, 2013). En parte de Europa más del 20% de mujeres no son madres, y sólo el 3% es infértil, lo que cuestiona la posibilidad de una definición universal de la naturaleza femenina (Badinter, 2011).

Ese 80% restante ha vivenciado la importancia que tiene la figura de la matrona o comadrón durante el proceso de embarazo y alumbramiento. Su historia y profesionalización ponen de manifiesto, paradójicamente, cómo las mujeres son por muchas razones las más indicadas para desarrollar dicha actividad profesional.

1.4. Las matronas en España. Un ejemplo de conquista del espacio público por parte de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) dictamina que, la o el, profesional de referencia en la atención del embarazo, parto y puerperio normales es la matrona.

Existe evidencia científica de los beneficios que reporta a la mujer el hecho de recibir atención continuada de un equipo de matronas durante el embarazo, el parto y el posparto. Esos beneficios se refieren, no sólo, a la disminución en el número de intervenciones o actuaciones durante el parto, sino también a aspectos emocionales y psicológicos de las mujeres durante el trabajo de parto, que se sienten más preparadas y apoyadas.

Históricamente la persona que asistía el parto ha recibido diferentes denominaciones, entre ellas: comadres, comadronas, matronas, obstetricas, parteras, madrinas, mujeres «sabidoras», profesoras en partos, mayéutica o mayeuta, madre de dolores, amas de parir, enfermera obstétrica, etc. En otras lenguas oficiales del Estado se utilizan además otros términos, como por ejemplo, *llevadores/llevadors* en Cataluña, *comares* en la Comunidad Valenciana o *comadroa* y *parteira* en Galicia.

Desde los años 80 del siglo XX, de forma progresiva y aun siendo minoritario, el hombre se ha incorporado a la profesión. Su denominación más frecuente es la de *comadrón*, cuya definición según los principales diccionarios de la lengua castellana no deja de ser sexista. El DRAE asocia su definición al cirujano y la cirugía, mientras que la denominación de *matrona* se refiere a la mujer especialmente autorizada para asistir a las parturientas (Valle, 2003: 17). El diccionario *María Moliner*, en su definición de *matrona*, añade un aspecto importante en su cuarta acepción: Mujer que asiste en los partos; *particularmente, la que tiene para ello un título oficial*. Destacando su carácter profesional. Pero no deja de llamar la atención el sentido peyorativo de la tercera acepción del

término, que recoge: *En muchos casos, se alude al aspecto ya *maduro y con cierta corpulencia: "Está hecha una matrona".* Respecto a *comadrón* el *María Moliner*, coincide con el DRAE al definirlo: **Cirujano que asiste en los partos. Partero, tocólogo (Valle, 2003: 17).*

Por tanto, de forma muy sencilla se puede ver cómo en pleno siglo XXI, el lenguaje sigue alimentando un discurso negativo para identificar a la mujer en comparación con el hombre en el desarrollo de la misma actividad, con el agravante de tratarse de una actividad, la asistencia al parto, que históricamente ha sido desempeñada por mujeres, como comentaré brevemente a continuación.

Diferentes estudios han rastreado las evidencias históricas referidas a las personas que atendían el parto (Martínez y Martínez, 1999; Cuadri, M^a José, 1999; Serrano, Inmaculada 2002; Valle, 2002, 2003). De todos ellos se desprenden características muy significativas. La presencia de las mujeres como protagonistas del trabajo de parto, su formación o especialización diversa y su reconocimiento y respeto por parte de la sociedad donde vivían, entre otras.

En la civilización egipcia ya existían las profesiones de médico, veterinario y comadrona, gozando de la aceptación y respeto de su sociedad. Su enseñanza estaba basada en la práctica junto a alguna persona más experimentada que desarrollaba el mismo oficio y se ejercía frecuentemente por tradición familiar o de proximidad, transmitiéndose el saber profesional de generación en generación.

Ya en la Edad Clásica, en el seno de la antigua Grecia hay evidencias de cómo el oficio de matrona era propio de las mujeres, conocidas como *parteras*. En la Roma clásica hay datos de que dicha actividad conllevaba cierta formación, como es el caso de la gestación de Domicia, esposa de Rutilio Severo (Valle, 2002:18).

Hay evidencias de dos famosas parteras hebreas, Sifrá y Puá, que vivieron hacia el año 1600 a. de C. (García y García, 2005: 13). En la preferencia por unas parteras u otras primaban las diferencias en destreza y experiencia acumuladas, aspectos no impermeables a la influencia de la división social y sexual del trabajo. Por ello, se habla de dos realidades distintas, dentro de la profesión de matrona durante la Antigüedad y Edad Media: aquella partera de clase social alta, reputada y con una cultura amplia, no sólo referida al campo sanitario, y aquellas mujeres que tradicionalmente habían asistido el parto de sus compañeras, pero que además ejercían otras funciones dentro de su entorno social, como los de hechicera, alcahueta, etc., siendo las requeridas para curar diversas dolencias tanto físicas como psíquicas, y que por tanto, poseían conocimientos muy

diversos, que iban desde la botánica hasta el empleo de técnicas para la curación de múltiples dolencias (García y García, 2005: 15).

Esta situación autodidacta y de transmisión oral de los conocimientos, comienza a cambiar durante el periodo medieval, cuando van apareciendo manuscritos cada vez con mayor rigor científico, que mejoran las Ciencias Médicas y las profesiones sanitarias.

En el siglo XIII, el rey Alfonso X el Sabio recoge en sus Siete Partidas (II Partida, Ley III) que la matrona debería ocuparse de la atención de la madre durante la gestación y de la atención al niño, enumerando las cualidades que debía reunir la partera, denominada *obstetrix* (Martínez, 2005: 15).

Dos siglos después, ya en el siglo XV, es cuando aparecen referencias legales sobre la formación básica del oficio de matrona o partera. En 1434, las Cortes de Zamora, y las Ordenanzas de Madrigal, año 1448, otorgan cartas de aprobación a parteras para que pudieran ejercer libremente. Fue en 1498 cuando los Reyes Católicos promulgaron una Pragmática que regulaba el ejercicio profesional de las matronas, a cargo del Tribunal del Real Protomedicato, que las obligaba a pasar un examen para poder ejercer legalmente la profesión. En la práctica tuvo poca influencia, es de suponer que sirvió para regular especialmente el ejercicio de la profesión por parte de esas matronas de clase alta que atendían a las clases privilegiadas, pero el resto, la gran mayoría, siguió atendiendo de forma cotidiana, como lo había estado haciendo durante siglos, sin el permiso oficial. De hecho, la Pragmática fue abolida por Felipe II en 1576.

De lo que no hay duda es que el arte de partear fue ejercido, en exclusividad, por las mujeres hasta la finalización del periodo medieval (Martínez, 2005: 18). Desarrollando funciones más allá de la tarea asistencial propia del alumbramiento y cuidados de la madre y bebé, durante el periodo expulsivo y puerperio. Ya que tenía una función jurídico-legal, pues su palabra era válida ante la ley con carácter testifical, también era evidente su valor docente, ya comentado, para enseñar la profesión a otra aspirante que la acompañaba en calidad de ayudante o auxiliar, y por si fuera poco, atesoraba una función religiosa al ser la responsable de administrar el bautismo de urgencia *-baptismo subconditione-* en los casos de parto difícil, o cuando se preveía la muerte del feto intraútero (Carmona y Saiz, 2009: 14). Además de estas funciones reconocidas en su quehacer diario, la matrona tenía que añadir la función de investigación implícita a su oficio, que le permitía mejorarlo.

El interés de las autoridades por regular la actividad de la matrona, desde finales de la Edad Media, tuvo sus frutos durante el siglo XVI, cuando sí aparecen referencias legales sobre la formación básica del oficio de matrona o partera. Es durante este siglo cuando

aparecen tratados y libros, escritos por médicos, para divulgar los conocimientos obstétricos y ginecológicos de la época, dirigidos a toda la población, al utilizar la lengua romance o vulgar y no el latín. El primer tratado en lengua castellana sería el de Damián Carbón, en 1541, titulado: “*Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas de los niños*”.

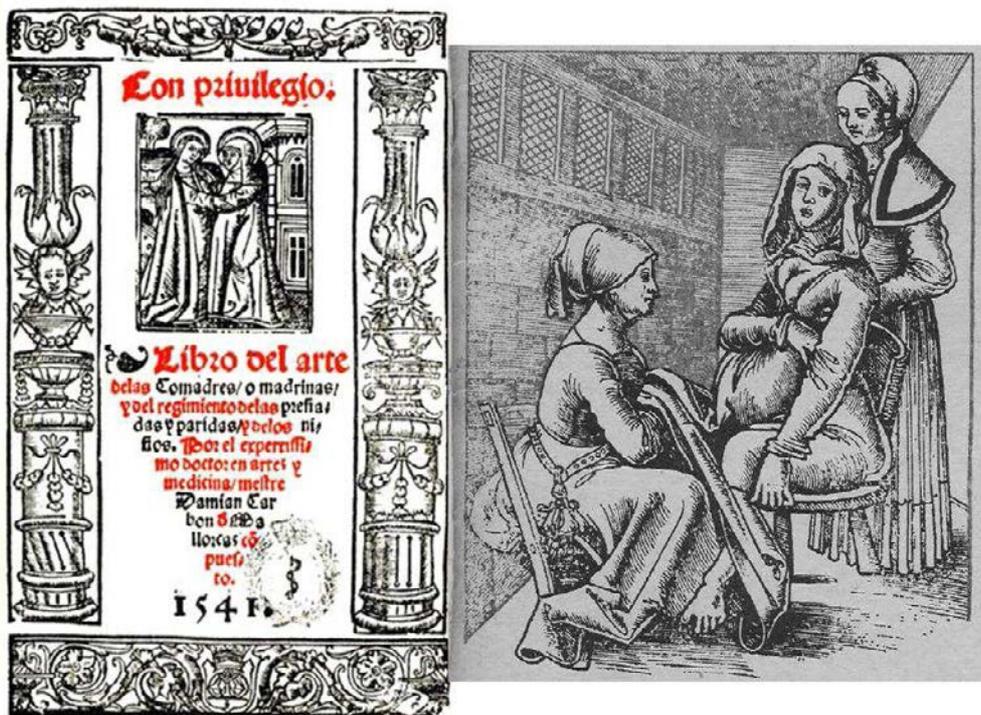


Fig. 1. Manual de Damián Carbón, 1541

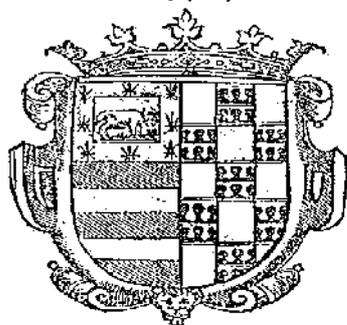
Le seguiría el de Francisco Núñez, en 1580, *Libro del Parto Humano*, en el qual se contienen remedios muy útiles y usuales par el parto dificultoso de las mugeres, con otros muchos secretos a ello pertenecientes y a las enfermedades de los niños. Aunque hasta el siglo XVIII, la tónica general siguió siendo la falta de formación de las parteras y uniformidad de la misma.

Este deseo divulgativo favoreció que el hombre comenzara tímidamente a introducirse en el campo de la obstetricia a lo largo del siglo XVI.

La búsqueda de mayor protagonismo en el parto por parte de los cirujanos comadrones, a inicios del XVII, provocó los primeros roces con las matronas, que veían así como se las intentaba desplazar de ese espacio público conquistado, por derecho propio, desde el principio de la Humanidad (Valle, 2002: 31).

DIEZ PRIVILEGIOS para mugeres preñadas,
compuestos por el Doctor Juan Alonso, y de
los Ruyzes de Fontecha, natural de la Vi-
lla de Daymiel, Cathedratico de Vi-
peras, en la facultad de Medicina,
de la vniversidad de Alcalá.
Con vn diccionario
Medico.

*Dirigidas a los inclitos señores D. Juan de Velasco y Ara-
gon, Duquesa de Ciudad Real, y Don Gaspar
de Borja su hijo.*



Con Privilegio. En Alcalá de Henares, Por Luyz Mastynex
Grande. Año de 1606.

Fig. 2. Manual de Ruyzes de Fontecha, 1606

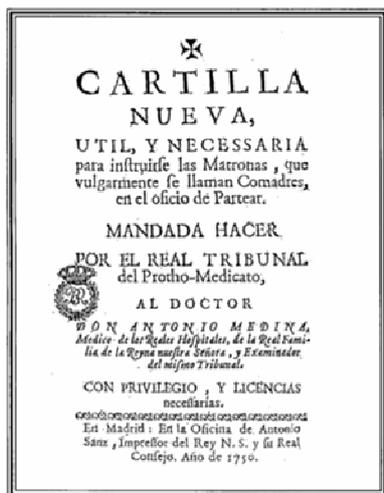
Hay que destacar a Ruyzes de Fontecha, catedrático de Medicina de Alcalá de Henares, quien en 1606, escribe el manual *Diez privilegios para mugeres preñadas*. El manual tiene mucho de precursor del Plan de Parto ya que en su octavo privilegio señala la libre elección de las comadronas por parte de la preñada, aspecto fundamental en la actualidad, ya que muchas mujeres afirman que depende de quién te “toque” en el parto, éste podrá ser de acuerdo a los propios deseos y preferencias expresados en el Plan de parto o no.

La comunidad científica reconoce que es a finales del XVII y comienzos del XVIII cuando tanto la obstetricia y la ginecología comienzan a conformarse como disciplinas con fundamentación científica.

Finalmente, fueron los cirujanos comadrones los encargados de la práctica de la operación cesárea. Consolidándose durante el siglo XVII la asignación de la matrona para la atención de los partos normales o eutócicos y los médicos-cirujanos de los que requerían atención quirúrgica. La presión de los cirujanos comadrones sobre las comadronas llegaba hasta el punto de denunciarlas, alegando falta de formación o intromisión en su campo, ya que las comadronas no podían medicar y sólo atender partos sin complicaciones. Se trataba de un discurso de domesticidad, fuertemente patriarcal, que pretendía desprestigiar al colectivo de matronas con el único argumento de su incapacidad para trabajos de tipo científico. El caso de la comadrona toledana Luisa Rosado, es un buen ejemplo de comadrona conocedora de su experiencia y orgullosa de su capacidad. Titulada por el Protomedicato en 1765, se trasladó a Madrid en 1768, donde publicitó sus servicios mediante un cartel por las calles de Madrid, por lo que fue denunciada por los cirujanos. Tras no recibir respuesta del Protomedicato, hasta en tres ocasiones escribió a la Corte de Carlos III defendiendo su derecho a ejercer y a que se publicara su cartel, llegando incluso a ofrecerse para asistir el próximo nacimiento real (Cabré y Ortiz, 2001: 167, 175). Aunque su defensa tuviera argumentos protoilustrados, es un claro ejemplo de mujer empoderada en su profesión. Esta polémica entre cirujanos y comadronas es similar a la que sucedería siglos después entre los practicantes-

hombres que veían amenazado su nicho laboral y las enfermeras. Fue este colectivo masculino quien desencadenó el conocido «pleito de las enfermeras» a partir de 1915, que bloquearía los esfuerzos por elevar los estudios de enfermería a diplomatura (Martínez, 2013: 14).

La pérdida de hegemonía de las mujeres matronas en la asistencia al parto durante el XVIII, fue asumida con reticencias y tolerada progresivamente por la clase médica. Sebastián Soto, uno de los primeros en dedicarse a la atención al parto, fue objeto de rechazo e incluso burla de sus propios compañeros y de otros profesionales.



Fue en 1750 cuando Fernando VII promulgó una ley que regulaba el ejercicio de las parteras e igual que ya hicieran los Reyes Católicos, y la obligación de pasar un examen para poder ejercer la profesión.

Desde 1752 serían examinadas las aspirantes a matronas. El texto de referencia fue la *Cartilla del arte de partear* de Antonio Medina, utilizada hasta principios del XIX.

Fig. 3. *Cartilla del arte de partear*, 1750

Fig. 3. Portada de la *Cartilla nueva*..., obra del doctor A. Medina, publicada en 1750.

En el transcurso del siglo XVIII, se regulan los estudios de cirujanos y matronas apareciendo manuales importantes dedicados al arte obstétrico, como el de Pablo Petit⁴ en 1717 o el de Juan de Navas⁵. Especial mención hay que hacer al manual de Babil de Gárate, titulado *Nuevo y natural modo de auxiliar á las mugeres en los lances de los partos, sin operación de manos ni instrumentos*, escrito en 1756, dirigido especialmente a las mujeres matronas y crítico con la costumbre de médicos y cirujanos a realizar intervenciones quirúrgicas durante el parto, en ocasiones no justificadas y, a veces, a costa de la vida de la paciente. Es todo un alegato al parto natural y de plena actualidad:

Casi uno de cada cuatro nacimientos que se producen en la Comunitat Valenciana tienen lugar mediante intervención quirúrgica, esto es, por cesárea. Según los últimos datos recopilados por el Ministerio de Sanidad en diciembre de 2013, la tasa de cesáreas en la red de hospitales valencianos es del 24,5%, lo que incluye tanto a hospitales públicos como a centros concertados. Se trata del tercer mayor índice de las autonomías españolas, por detrás de Extremadura (27, 5%) y Castilla y León (25,46%).

⁴ Petit, Pablo *Cuestiones generales sobre el modo de partear, y cuidar a las mugeres que estan embarazadas, ó paridas*. Madrid: Imprenta de Ángel Pascual Rubio, 1717. Se dirige a cirujanos comadrones pero también será utilizado por matronas.

⁵ De Navas, Juan *Elementos del arte de partear*. Madrid: Imprenta Real, 1795.

La tasa valenciana ha ido creciendo paulatinamente durante la última década (2001-2011) y se encuentra, según el informe del ministerio, casi tres puntos por encima de la media. No son buenos resultados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa entre el 10% y el 15% el límite máximo recomendable para la tasa de cesáreas. (García, 2014).

En el siglo XIX, la presión de los cirujanos hace que definitivamente muchas comadronas dejen la ciudad y se instalen en zonas rurales:

Hemos localizado un documento fechado en junio de 1831, que es una instancia de la matrona Juana Pérez al ayuntamiento de Sevilla, solicitando que sea registrado su título, tras haber residido y ejercitado su oficio en Madrid durante 16 años, y habiendo estudiado en el Colegio de San Carlos con los mejores comadrones; solicita fijar su residencia en Sevilla para dedicarse a su oficio (con el debido consentimiento de su esposo), habiéndose visto desplazada por «la costumbre de servirse para los partos en Madrid de facultativos o comadrones con preferencia a las Matronas» (Valle, 2002: 33).

Es durante este siglo cuando se empieza a regular el proceso y el lugar donde tendrá lugar el aprendizaje, teórico y práctico del arte de partear. La unificación de la normativa existente, así como el registro y control de las y los profesionales se produciría a partir del 6 de mayo de 1804 y la promulgación de la Real Cédula. Así se establecieron dos vías para acceder al título de Matrona o Partera. A través de dos cursos académicos según el plan de estudios vigente, o una vez pasados los exámenes de reválida y certificando al menos tres años de experiencia junto a otro médico o matrona titulada, pasando un examen teórico-práctico, de unos quince minutos de duración, evaluado por un médico y una matrona titulada (Serrano, 2002).

La publicación de la Ley de Instrucción Pública o Ley Moyano, el 9 de septiembre de 1857, facilitó la regulación del título al crear los títulos de Practicante y Matrona.

En las dos primeras décadas del siglo XX, entre 1904 y 1916, aparecen legalmente aceptadas en España varias profesiones para las mujeres como la de matrona, institutriz, enfermera, taquimecanógrafa. El 12 de agosto de 1904, se publica un R. D. del Ministerio de Instrucción Pública para la Carrera de Matronas, que establece el acceso a la obtención del título de forma oficial y no oficial y, en 1919, aparecen becas para estudiar en el extranjero con igualdad de ambos sexos en *colleges* americanos (Monlleó, 2003: 119).

Se trata de profesiones que no suponen una ruptura con los roles tradicionales femeninos, de hecho los primeros planes de estudios tienen un claro corte patriarcal e incluso las primeras escuelas de matronas son en régimen de internado para las mujeres, con el propósito de tenerlas “controladas”.

En los años treinta se produce un aumento significativo del reconocimiento y respeto hacia la profesión, se generaliza la denominación de “profesora de partos” tanto entre los médicos como practicantes. En esta época se publican diferentes revistas sobre matronas, como es el caso de: *La Matrona* (Madrid), *La Matrona moderna* (Esplugues, Barcelona), *La Comadrona* (Zaragoza) o *La Matrona Hispalense* (Sevilla), y otras de carácter reivindicativo o sindical, como serán: *El Defensor de la Matrona* y *La Voz Matronal de Cataluña* (Barcelona) o la *Unión Matronal* (Madrid). A mitad de siglo las matronas serán imprescindibles en multitud de servicios asistenciales y de beneficencia municipal. (Valle, 2002: 33). La Ley de Sanidad, 25 de noviembre de 1944, estableció la unificación de profesiones sanitarias. Pero la carrera de matrona es independiente hasta que en 1953, el R.D. 4 de diciembre unifica los estudios de practicantes, enfermeras y matronas en el título único de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) unificando los estudios de matrona, practicante y enfermera. Aunque no es hasta 1957 cuando se convierte realmente en una especialidad de ATS y por tanto asimilada como formación especializada de la carrera de ATS. Los requisitos para acceder incluían tener el título de ATS femenino, tener menos de 45 años y estar el curso en régimen de internado.

En 1977 se creó la carrera de Diplomado Universitario en Enfermería (D.U.E.), por el R.D. 23 de julio integrando los estudios de ATS en las universidades como Escuela Universitaria de Enfermería. Se continuará así hasta la introducción hace un par de años del grado de enfermería.

Un año después de la entrada en la CEE, y para ajustarse a sus directrices, se crea la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona), derogando el antiguo plan de estudios de matrona, que no se volvería a publicar hasta 1992 con la Orden de 1 de junio, que aprobó el programa de formación y se establecieron sus requisitos mínimos.

Actualmente se mantiene esta formación, de forma que hay que terminar la carrera de Enfermería y después hacer una prueba selectiva para intentar acceder a las plazas ofertadas de formación sanitaria especializada, entre las que está la de Especialidad de

Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). La adjudicación de plazas depende de la nota del examen y del expediente académico. Para el año 2014 se ofertaron 395 plazas⁶. Podemos concluir que la asistencia al parto y el asesoramiento y atención que recibe la mujer embarazada han sido tareas desarrolladas tradicionalmente por las mujeres. El tratarse de “cosas de mujeres” hizo que históricamente fueran rechazadas por los hombres y asignadas por defecto a ellas, produciendo la extrapolación de los atributos femeninos al ámbito público.

Como hemos comentado, no es hasta prácticamente el siglo XVIII cuando la obstetricia recibe un tratamiento más científico, y los hombres comienzan a interesarse por este campo, entrando en competición con las comadronas.

El discurso patriarcal que esgrimieron los cirujanos-comadrones, cuyo principal argumento fue la falta de preparación técnica de las mujeres para atender al parto, no deja de ser injusto y ridículo ya que es el carácter androcéntrico y segregador de la sociedad lo que impedía, a la mayoría de ellas, acceder a la educación y formación científica, relegando inevitablemente su aprendizaje a la práctica y la transmisión oral. Además se obviaba su experiencia, su capacidad empática para con otras mujeres y su vital conocimiento del proceso del parto, al ser considerados parte de la naturaleza femenina. Esa discriminación y falta de oportunidades ha impedido que haya más documentación escrita sobre el trabajo de las matronas, ya que la mayoría no sabía escribir, o la existencia documentada de gremios y cofradías de matronas, a partir del XI, ya que tenían prohibida toda forma de asociacionismo, o que incluso, a pesar de sus altos conocimientos y experiencia, tuvieran que trabajar fuera de la legalidad porque debido a su estado socioeconómico no podían costearse las altas tasas de los exámenes oficiales.

La etiqueta de poco profesionales asignada a trabajos desarrollados mayoritariamente por mujeres, como es el de matrona, es reflejo de la división sexual del trabajo, y por tanto, de las relaciones asimétricas entre género y poder que han caracterizado a las sociedades hasta nuestros días.

A pesar de todo, no evitó que las matronas, históricamente, alcanzaran cotas de poder y representación en el ámbito público, especialmente en los trabajos a domicilio o en zonas rurales por cuenta propia. Siendo altamente valoradas, reconocidas y respetadas por sus entornos sociales. Dotándolas de un estatus social e independencia económica impensables siglos atrás.

⁶ Orden SSI/1694/2013, de 12 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2013, para el acceso en el año 2014, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería.

Actualmente, la profesionalización y el reconocimiento oficiales no dejan lugar a dudas de su importancia, dificultad y valoración social. Hay que considerar el hecho de que cualquier matrona que además haya sido madre, es decir, haya pasado por el mismo proceso que está atendiendo, le otorga un empoderamiento y un conocimiento cualitativamente diferente de su trabajo, del que pueda adquirir cualquier cirujano a través de formación o especialización.

Además, es la matrona o comadrón la figura profesional que durante la atención primaria y seguimiento del embarazo debe informar sobre la existencia del Plan de Parto y en su caso asesorar e incluso guiar en la elaboración del mismo.

Igual que ocurrió a lo largo de los siglos XVI a XVIII, la hospitalización del parto, que se producirá en la segunda mitad del siglo XX en las sociedades occidentales, ha coartado su actuación profesional durante el parto, en detrimento de las pacientes.

Veamos a continuación un panorama resumido respecto a cómo ha cambiado el proceso de parto a lo largo de la Historia, centrado esencialmente en occidente.

1.5. Breve historia de la asistencia del parto: “desde lo natural hasta el hospital”.

Desde la existencia del ser humano la consideración del parto como un proceso fisiológico y natural ha sido inherente al proceso de gestación, embarazo y nacimiento. La falta de medicalización era sustituida por la sabiduría popular, remedios de origen mineral, animal y sobre todo vegetal. A la botánica se le unía la dietética como instrumentos básicos para curar enfermedades y para la atención al parto. Probablemente fue en la Prehistoria cuando la mujer comenzó a acumular su saber herborístico durante la recogida de plantas silvestres (Oliver, 2000: 32). Esa curandera, herborista, era también la encargada de asistir en el parto. Las evidencias históricas nos muestran parteras preparadas y con altos conocimientos sobre plantas medicinales. Las comadronas de la antigua Grecia empleaban ya el cornezuelo de centeno, usado hoy para las hemorragias posparto. Sócrates, hijo de una comadrona, describió sus habilidades: «Por ciertos brebajes y encantamientos saben acelerar el momento del parto y apaciguar los dolores; provocan el parto (...)». Sorano, médico romano del siglo II, afirmaba que la partera tenía que ser experta en la administración de prescripciones dietéticas y farmacológicas⁷.

Esa acumulación de saberes por parte de las mujeres tuvo un retroceso significativo durante la Edad Media debido a la condena eclesiástica y la progresiva persecución de

⁷ Towler, Jean y Bramall, Joan *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson, 1997. Del Hoyo J. *La mujer y la medicina en el mundo romano*. Asclepio 1987; 39: 125-142

todo lo que no se pudiera explicar bajo postulados religiosos. Este proceso inquisitorial, paradójicamente, favoreció el desarrollo de profesiones terapéuticas universitarias, cuyo cometido estuviera a salvo de la amenaza eclesial, naciendo así la farmacología oficial de manos de Paracelso (1493-1541), quien declaró haber aprendido mucho de curanderas y herboristas. Esa profesionalización, no reconocida, de curanderas, herboristas y parteras no tenía una consecuente proyección social ya que era fruto del reparto de roles de género y su asignación del ámbito privado a las mujeres por el sistema patriarcal hegemónico, siendo ese conocimiento considerado de segunda clase, poco creativo y justificado por la naturaleza femenina, cualitativamente diferente de la verdadera razón y la palabra: «Las hembras (...) no pueden alcanzar ingenio profundo (...) todo género de letras y sabiduría es repugnante a su ingenio (...)» (Huarte San Juan, siglo XVI)⁸. Esta estigmatización de la mujer, que perduró en la Edad Moderna, no fue compensada ni con la influencia que tuvieron esos saberes, atesorados por las mujeres, sobre Hipócrates, Galeno y los manuales que sobre obstetricia se elaboraron durante el siglo XVI, invisibilizando una vez más los méritos de las mujeres.

Se admite que hasta el siglo XVI-XVII la medicina científica estuvo influida por los saberes populares, basados tanto en conocimientos botánicos y fisiológicos como en aspectos mágicos y de creencias. Muchos fármacos usados hoy tienen su origen en los principios activos de las plantas usadas popularmente (Pradillo *et al.*, 1993: 67-71).

Antes de la protocolización del Plan de Parto como lo entendemos actualmente, podemos afirmar que siempre existió una organización o planificación de un acontecimiento tan trascendental como es el parto. Esta organización informal consistía en preparar la casa para el alumbramiento, decidir quién estaría presente, quién avisaría a la partera o comadrona, qué materiales y qué ropa serían necesarios, etc. Durante todo el proceso de planificación las mujeres eran las directoras y coordinadoras del mismo, la propia embarazada, sus familiares femeninas y la partera iban a marcar y dirigir todo lo que previsiblemente iba a ocurrir antes del proceso expulsivo. Durante el mismo, sería la mujer embarazada, la partera y la criatura, que iba a nacer en el hogar, las protagonistas del mismo.

Por eso, desde la Antigüedad no hacía falta ningún tipo de plan de parto, ya que de forma natural, las decisiones importantes y significativas, logísticas y personales durante el parto eran tomadas por las mujeres, especialmente la mujer que iba a dar a luz y la parte femenina de su familia.

⁸ Pérez, Juan (1998) *Sexo e Inquisición en España*. Madrid: Temas de Hoy.

Este tipo de parto, en casa o domiciliario, asistido en muchos casos por alguien de confianza, rodeado de las personas más cercanas, todavía se sigue realizando en diferentes zonas del mundo.

En África, las complicaciones del embarazo y del parto son los problemas de salud más frecuentes en las mujeres africanas, por encima de la incidencia de los otros grandes problemas como son la malnutrición, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. En este continente se registran más muertes maternas por parto en una semana que en toda Europa durante un año⁹ (Sebgo, 2002: 3, 5). En Marruecos, hace quince años sólo el 20% de la población rural utilizaba el hospital para dar a luz, frente al 70% de las zonas urbanas. Datos de 2011 apuntan que: «entre un 60 y un 70% da a luz en centros hospitalarios y el resto prefiere hacerlo en sus domicilios con la ayuda de una comadrona, de una enfermera o eventualmente de un médico». Aunque preferentemente se solicitan ginecólogas o matronas para la atención en el parto (Grupo CRIT, 2011). El parto domiciliario tradicional en Marruecos, comienza cuando la mujer se pone de parto y hace llamar a las mujeres miembros de su familia, los hombres son excluidos, en cambio en los hospitales públicos no se permite la presencia de familiares, y sólo al cónyuge en las clínicas privadas. El parto es asistido y dirigido por la partera que suele ser la propia madre de la parturienta u otras personas mayores que son las parteras tradicionales de la comunidad o de la familia, llamadas *qablas*. Tradicionalmente la figura de la partera estaba vinculada a varias familias, con las que tenía relación muy cercana e incluso familiar. Participaba en el arreglo de los matrimonios, visitaba con frecuencia a las mujeres de las familias y las aconsejaba sobre diversos temas, como la infertilidad o la adaptación a la vida de casada (Lahib Dabaj, 2008:50). Estas parteras eran expertas en partos pero solían tener escasos conocimientos sanitarios, lo que explicaría la elevada mortalidad infantil y materna, en casos de complicaciones. Según el Ministerio de Salud marroquí en 1999, la mortalidad infantil en zonas rurales, con parto domiciliario, ascendió a 307 de cada 100.000 nacimientos vivos, aunque hay datos que apuntan a 610¹⁰. La mortalidad hospitalaria fue de 125. Respecto a la mortalidad materna, según datos de 2013 sería de 120 por cada 100.000 nacimientos vivos¹¹, datos preocupantes si los comparamos con los cuatro de España.

La elección del parto domiciliario puede deberse a diversos factores: motivos culturales; falta de medios económicos; inaccesibilidad geográfica a los centros asistenciales;

⁹ OMS. «Mortalité maternelle: soustraire les femmes à l'engrenage fatal», 1986.

¹⁰ Population Action International. *Mundos diferentes. Salud y riesgos sexuales y reproductivos*. Informe PAI, 2001. Washington.

¹¹ <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT> (fecha de consulta: 10/04/2014)

carencia de profesionales especializados; baja cobertura del sistema público de salud marroquí; considerarlo un proceso natural que no precisa ayuda especial. En muchos casos la asistencia hospitalaria no garantiza una correcta atención. En Marruecos, según la investigación consultada, en el año 2000, había una relación de dos matronas por cada veinte partos diarios (Oliver y Velasco, 2002: 32).

En el África subsahariana, las mujeres presentan los índices de natalidad más altos, pero también los de mortalidad materna: «Las mujeres que habitan en el África Subsahariana tienen una probabilidad de 1:16 de morir durante el embarazo y el parto, mientras que las que habitan en países desarrollados tienen 1:2800¹²». En Nigeria la descendencia media es de ocho personas. El principal objetivo del matrimonio es procrear, y preferiblemente varones para que puedan colaborar en el sustento de la familia. Pero no suele haber un seguimiento adecuado del embarazo porque lo consideran como algo natural que no precisa intervención médica, o en otros casos, por otras malas experiencias en los centros de salud. Además, su situación económica y cultural favorece que la mayoría de los nacimientos se realicen en la comunidad, a las niñas desde pequeñas se les educa para que soporten estoicamente el dolor:

Los datos estadísticos apuntan que las mujeres de origen subsahariano son las que menos inyecciones epidurales u otros paliativos del dolor reciben durante los partos en los centros de salud europeos (CRIT, 2011).

Desde las culturas orientales, se concibe el embarazo y el parto como procesos naturales que no requieren una intervención médica especial. En China el embarazo está muy poco medicalizado, porque de lo contrario sería como considerarlo una enfermedad. Por eso, la mayoría de los partos se suelen llevar a cabo de manera tradicional, sin anestesia, ni otros tipos de ayudas médicas. Es frecuente una alimentación especial, propia del sur de Asia, para mantener el equilibrio entre el yin-frío y el yang-calor, durante el embarazo y también antes del parto: «es habitual que las mujeres coman abundantemente antes del alumbramiento, como una forma de afrontar con suficientes reservas energéticas el esfuerzo físico al que van a enfrentarse» (CRIT, 2011). Las mujeres mayores suelen asistir a la parturienta y al igual que las subsaharianas suelen expresar poco dolor, lo que no quiere decir que no lo tengan, si no que culturalmente está mal visto.

¹² Rodríguez Ferrer, Rosa M^a et al. *Revisión sobre mortalidad materna en España*. III Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas. Islantilla Huelva del 22 al 24 de Octubre de 2009.

En el sur asiático, la India comparte características con China. Consideran el embarazo como un estado natural y saludable, y sólo asisten al médico si hay problemas, suelen seguir una dieta específica durante el embarazo y están también habituadas a un parto tradicional. El proceso suele ser así:

Se anima a la parturienta a caminar mientras pueda durante el parto para dilatar mejor y ayudar a que el feto se encaje bien para salir. Se le dan infusiones calientes. No se suelen proporcionar medicamentos contra el dolor. La cesárea no es frecuente, pero si es necesaria se practica; en todo caso se prefiere el parto vaginal y se hace todo lo posible para que así sea. La posición del cuerpo para el parto suele ser en cuclillas, sentada o de pie, apoyada en alguien, por lo que pueden considerar problemática o no adecuada cualquier otra postura, sobre todo la posición tumbada en el potro. El padre no suele estar presente, sólo mujeres de la familia (juegan un papel esencial la madre de la embarazada y la suegra), aunque está cerca por si sucede cualquier emergencia. En el caso de no haberse realizado ecografías previas, una vez ha nacido el bebé a la madre no se le comunica el sexo hasta que no ha salido la placenta. El bebé se le enseña primero a la madre, luego al padre y acto seguido al resto de familiares presentes. Si hay problemas con el bebé se informa primero a la madre. Si es muy grave se informa al padre y la suegra (Grupo CRIT, 2011).

En América Latina, los partos sobre todo en zonas rurales siguen estando asistidos por la comadrona o partera. Uno de los rituales tradicionales usados por las parteras chilenas para "desinfectar" el área del parto era encender un cigarro en la habitación principal de la casa y esparcir las cenizas por el suelo. El predominio del parto domiciliario se mantiene por razones económicas, pero también culturales. Se cree que las comadronas son más tienen más paciencia, dedican más tiempo a sus pacientes y son más empáticas, además las consultas en los servicios públicos frecuentemente no permiten la presencia de acompañantes. También es significativa la incomodidad que muchas mujeres sienten al ser atendidas por un ginecólogo. Son aspectos que influyen a la hora de ser atendidas por comadronas en el hogar. En Perú, un país donde se estima que por cada 100.000 nacidos vivos, 185 mujeres peruanas pierden la vida por causa del embarazo, parto o puerperio (Tarqui y Barreda, 2005: 109), el parto domiciliario es el más frecuente entre la población rural. Esto es debido principalmente a causas personales, como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de «no unida», el embarazo no deseado y el antecedente de parto domiciliario (Tarqui y Barreda, 2005).

En Europa del este es frecuente que la mujer trabaje hasta casi el final del embarazo, no sigue un programa especial de cuidados. La expresión del dolor está muy comedida en las mujeres eslavas que suelen estar acompañadas de un pariente femenino, reservando un rol pasivo a la pareja masculina, si es el caso. Los partos hospitalizados son lo más frecuente y los días de hospitalización suelen ser de hasta 5 o 7 días, pues consideran al neonato un ser especialmente frágil y vulnerable que requiere cuidados hospitalarios.

La progresiva hospitalización del parto en occidente tuvo lugar en la década de los 30 del siglo XX, sin embargo, la asistencia tradicional al parto continuó en España hasta mediados del siglo XX. Ésta estaba a cargo de las mujeres mayores con más experiencia pertenecientes a las propias familias o de las vecinas más experimentadas.

En el parto tradicional eran fundamentales los cuidados preparatorios. Había una especial preocupación por preparar la musculatura abdominal y el canal blando para el momento del parto: «recomendaban una serie de cuidados: alimentación, aplicación de ungüentos, sahumeros y baños, especialmente destinados a mujeres primíparas» (Oliver, 2000: 34).

Durante el parto, ya desde Hipócrates se destacó la importancia de la lubricación del tracto genital de la parturienta y la dilatación del tracto cervical. Para favorecerlos los textos dirigidos a las matronas ofrecían:

...un amplio arsenal de alimentos y sustancias herborísticas encaminadas a favorecer la dilatación cervical,... infusiones, fomentos, sahumeros, baños de vapor, pesarios vaginales y emplastos en la zona lumbar, ingles, muslos, ombligo y pubis de la parturienta. Se recomendaba el masaje de la zona abdominal y genital con aceites preparados con diversas plantas (Oliver, 2000: 34).

Y en los casos de partos con complicaciones se recurría a sustancias facilitadoras del parto. En la obstetricia popular española era corriente suministrar bebidas alcohólicas y caldos de ave a las parturientas.

Otros remedios iban encaminados a aliviar su cansancio físico. Según Arib Ibn Sa'id¹³:

Si la mujer es débil y delgada temerá la matrona que se desmaye (...) la sentará en la cama, le prohibirá andar y le alimentará con sopa de pollo magro, y miga de pan fresco para reforzar sus aguantes ante los dolores de parto. Le reforzarán con caldo de carne y vino fino mezclado con un poco de agua

¹³ Arjona, Antonio (traducción y notas). *El libro de la generación del feto, el tratamiento de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos de Arib Ibn Sa'id*. Sevilla: Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura, 1991.

Y durante el expulsivo: «Se provocaban vómitos y estornudos a la parturienta con diversas sustancias estornutarias para favorecer el expulsivo, porque hace compresión en el vientre y excita la virtud expulsiva»¹⁴.

La retención placentaria se solucionaba de la misma manera: «La comadrona hará que la parturienta estornude con saponaria y otras drogas parecidas y con eléboro». Y en última instancia, con la habilidad de la partera, se realizaba la extracción manual, una vez untadas las manos con diversas sustancias.

Tras el parto se proponía: «la ingestión de diversos alimentos reconstituyentes, plantas en infusión, baños calientes, aplicación de ungüentos, sahumeros vaginales, etc.» (Oliver, 2000: 35).

En la Comunidad Valenciana la mayoría de partos se realizan en el ámbito hospitalario, siendo el 75% en la red pública (Conselleria de Sanitat, 2009: 22).

La influencia patriarcal en el parto tradicional se evidencia, por ejemplo, en los roles que se espera muestren tanto la matrona como la parturienta. La primera ha de ser paciente, tener vocación de ayuda al prójimo y una total dedicación. La segunda ha de demostrar una alta tolerancia al sufrimiento, ser recatada a la hora de expresar su dolor y buena madre. También destaca en la atribución tradicional que se hace de características negativas a las mujeres, como el hecho de que la infertilidad sea atribuida tradicionalmente a la mujer, el tabú respecto a la menstruación, la virginidad y la falta de atenciones especiales durante el embarazo.

La asignación de la atención al parto a las matronas o parteras –“es cosa de mujeres”- cambia cuando la obstetricia se convierte en disciplina científica, y sobre todo cuando comienza su hospitalización.

La medicalización del parto en occidente favoreció la disminución drástica de la mortalidad infantil y materna, pero también ayudó a que se masculinizara su atención durante el embarazo, parto y puerperio. Oscureciendo y dificultando ese proceso tradicional, fisiológico e íntimo, entre mujeres, que las había acompañado desde el principio de la Humanidad. Al tiempo se obviaron los sabios consejos de las parteras para el desarrollo del parto, basados en la fisiología y en lo mejor para la madre gestante, como los relativos a la postura durante el parto, la conveniencia de ingerir líquidos o incluso sólidos antes, durante y después del mismo, en definitiva el darle la palabra a la mujer.

¹⁴ Carbón Damià. *Libro del arte de las comadres o madrinas*. Transcripción de Susarte F. Alicante: Universidad de Alicante, 1995.

Todo ello ha facilitado la pérdida de poder de decisión y actuación de la madre gestante y de su acompañante, difuminando su empoderamiento con las atribuciones discursivas hegemónicas hacia su persona de: debilidad, pasividad, abnegación, sufrimiento y necesidad de la protección del hombre -médico, ginecólogo, cirujano- para que todo vaya bien, para que no tenga dolor, para que el bebé salga sano, etc. Aunque no cabe duda de que, en gran medida, el parto tradicional o domiciliario también está protocolizado, lo que es evidente es que dicho proceso está diseñado y dirigido por mujeres, y por tanto más acorde con las verdaderas necesidades de éstas en el momento de dar a luz.

El empoderamiento de las mujeres, en su ámbito privado como parturientas y en la esfera pública, como matronas, se ve amenazado por la medicalización del parto y la intromisión del hombre en el proceso.

El parto tradicional, sin medidas sanitarias, ha sido y es la principal causa de mortalidad materna e infantil, ¿pero no sería posible un parto domiciliario asistido por matronas tituladas, o incluso hospitalario sin tanta medicalización?

Actualmente hay un proceso general de humanización del parto hospitalario en todos los países desarrollados y también de una tendencia creciente a la planificación domiciliaria del parto, especialmente en Holanda, donde se producen el 3% de partos a domicilio: «En 1958, el 74% del total de nacimientos en Holanda ocurrieron en los domicilios. Descendieron hasta el 35% en 1979 y así se han mantenido desde entonces hasta la actualidad» (Consejería de Salud, 2007: 13).

En Bélgica, los Países Nórdicos, Canadá y el Reino Unido superan el 1%, en zonas de Gales llegan hasta al 7%. Y en países como Francia el apoyo gubernamental al parto domiciliario es completo, se considera dentro de la atención a la maternidad y se reembolsa completamente. Fórmulas parecidas hay en Italia y Escocia¹⁵.

¹⁵ Consejería de Salud de Andalucía (2007) «Parto a domicilio programado. Situación actual en los países desarrollados». Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consulta Específica. Informe 6.

II. EL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO: UNA HERRAMIENTA PARA EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES.

2.1. Medicalización del parto en España

El parto tradicional en casa se fue trasladando progresivamente al hospital en Europa y EEUU a partir de 1930. Este proceso se generalizó en España en las décadas de los 60 y 70 del siglo XX. Las mujeres empezaron a perder poder de decisión y actuación durante todo el proceso del parto, disminuyendo, además, la calidad en su atención y asistencia durante el mismo. En España fue una época de desarrollo de la infraestructura hospitalaria y la aplicación de los progresos en conocimientos y tecnologías a todas las áreas de la Sanidad, incluida la asistencia al nacimiento.

Este proceso de hospitalización generalizada permitió que mejoraran los resultados perinatales, disminuyendo tanto la morbilidad materna como infantil¹⁶, pero también la protocolización del proceso, el intervencionismo y la medicalización del nacimiento. Se homogeneizaron todos los partos y a todas las mujeres que iban a dar a luz.

La intervención sanitaria durante el parto y nacimiento cambia en función del momento del proceso. Cualquier nacimiento pasa por cuatro fases:

- Fase prodómica o parto: caracterizada por el desprendimiento del tapón mucoso y la presencia de contracciones no rítmicas. Esta fase puede empezar semanas antes del alumbramiento.
- Fase de dilatación: la mayoría de hospitalizaciones se realizan en esta etapa. Es una fase progresiva que puede durar entre 8-12 horas. Se caracteriza por las contracciones rítmicas, borramiento del cuello del útero y la rotura de aguas (que también puede producirse en la fase anterior). Las contracciones van aumentando en frecuencia, duración y dolor conforme se acerca la siguiente fase. Es frecuente la utilización de oxitocina para acelerar las contracciones, lo cual produce un desequilibrio del proceso fisiológico, aumentando el dolor para la mujer, cuyo cuerpo no puede contrarrestarlo de forma natural segregando endorfinas y encefalinas. Es en esta fase cuando un alto porcentaje de mujeres que querían dar a luz sin anestesia, cambian de opinión y la solicitan (Crespillo *et al.*, 2013: 88). Finaliza cuando la dilatación del orificio del útero es de unos 8-10 centímetros, cuando es incluso posible observar alguna parte del bebé.
- Fase expulsiva: se caracteriza por la salida del neonato. Es en esta fase cuando se produce la mayor instrumentalización del parto y se desarrollan actuaciones que, en muchos casos, no están justificadas científicamente, como los pujos artificiales, la

¹⁶ Doherty, Mary Ellen (2003) «Birth plan decision-making: patterns of interaction». *Int. Journal of Childbirth Educ.*; 18(2): 27-33.

posibilidad de episiotomía, cesárea, instrumentación del parto (fórceps, ventosas, espátulas). Puede durar de media hora a dos horas en primerizas.

- Fase de alumbramiento: para conseguir un *final feliz* se ha de producir la salida de la placenta, cordón umbilical y las membranas. El periodo de recuperación tras la expulsión de la placenta se suele llamar *puerperio inmediato*, durante éste se producen acontecimientos muy significativos, como el cortado del cordón umbilical, se continúa con el contacto piel con piel madre-bebé que en la mayoría de los casos desemboca en el amamantamiento, etc.

Actualmente la medicalización del parto afecta especialmente a las tres últimas fases del parto.

El protocolo de medicalización del parto, en países occidentales altamente tecnificados, incluye la mayoría de las siguientes formas de cuidado y atención:

- No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres, relegando a la matrona a un rol de auxiliar.
- Insistir en el confinamiento institucional universal.
- Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- Rasurado de rutina.
- Enema rutinario.
- Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo.
- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto (posición litotómica o del potro).
- Episiotomía rutinaria.
- Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior.
- Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.
- Uso de sedantes / tranquilizantes de rutina.
- Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido.
- Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud.
- Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los y las niños y niñas amamantados/as.
- Lactancia con restricciones.
- Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
- Prohibir las visitas de los familiares.

La OMS, en 1996, realizó una revisión de las prácticas habituales en la asistencia al parto categorizándolas en cuatro apartados. Señalando que la mayoría pertenecían a las categorías B, C o D (Herrera, 2006: 27), siendo la categoría A las prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas:

CATEGORÍA B: Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas.

1. Uso rutinario del enema.
2. Uso rutinario del rasurado púbico.
3. Infusión intravenosa de rutina en el parto.
4. Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
5. Posición en decúbito supino rutinaria durante la dilatación.
6. Examen rectal.
7. Uso de pelvimetrías mediante rayos X.
8. Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados.
9. Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto.
10. Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto.
11. Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.
12. Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
13. Uso de ergometrina parenteral rutinaria en la tercera fase del parto.
14. Lavado rutinario del útero después del alumbramiento.
15. Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.

CATEGORÍA C: Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.

1. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa¹⁷.
2. Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.
3. Presión del fondo uterino durante el parto.
4. Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
5. Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento.

¹⁷ Para más información: Pérez, Laura (2006) «Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos». *Matronas Prof.* 2006; 7(1): 14-22

6. Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.
7. Pinzamiento temprano del cordón umbilical.
8. Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto.

CATEGORÍA D: Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.

1. Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
2. Control del dolor con agentes sistémicos.
3. Control del dolor con analgesia epidural.
4. Monitorización fetal electrónica.
5. Llevar mascarillas y batas estériles durante la atención del parto.
6. Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.
7. Estimulación con oxitocina.
8. Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comienzo de la segunda fase del parto.
9. Cateterización de la vejiga.
10. Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es completa o casi completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma.
11. Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase del parto (como por ejemplo 1 hora), incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
12. Instrumentalización del parto.
13. Uso liberal o sistemático de la episiotomía.

La asistencia obstétrica en España, en lo referente al parto eutócico –el parto normal o de bajo riesgo-, ha permanecido inalterable prácticamente en los últimos treinta años. Este hecho ha sido favorecido por la alta jerarquización de la sanidad española, los importantes avances ocurridos en diferentes campos de la obstetricia y la ginecología o la escasez de matronas durante muchos años, manteniendo prácticas que no están justificadas desde la evidencia científica actual (Herrera, 2006: 27). Del análisis actual del sistema sanitario español¹⁸, con datos de 2009, se confirman algunos de estos aspectos. Ya que sólo el 3'45% de profesionales de enfermería eran matronas, la ratio de matronas por cada 100.000 mujeres era de 22'9, que se espera aumente a 30'76 en 2015. Y sobre todo,

¹⁸ Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-Necesidad (2010-2025). Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Dirección General de ordenación profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección, 2009:106, 117, 133, 134.

porque la ratio matronas-ginecólogos era de 0'95, es decir había más ginecólogos que matronas, lo que se traduce en que nuestro sistema de salud tiene una visión sanitaria que centra su atención en la patología de la mujer antes que en la fisiología (Goberna Tricas, 2012: 2), al primar la enfermedad frente a lo fisiológico, el acercamiento al parto se hace desde una óptica patológica e intervencionista. Prácticas muy extendidas como la realización de cesáreas casi de forma rutinaria, la administración de analgesia epidural por norma, la imposibilidad de las parturientas de cambiar de posición, deambular o ingerir líquidos o alimentos durante el trabajo de parto, la interrupción del contacto piel con piel entre madre y bebé, la realización de la episiotomía de forma rutinaria, restricciones en el acompañamiento a la parturienta, son cuestionadas de acuerdo a la evidencia científica de los últimos años. Estos aspectos se comentarán en el próximo apartado.

Afortunadamente, la aparición de leyes que defienden los derechos de los/las usuarios/as¹⁹ y la elaboración de guías de práctica clínica, de acuerdo a las evidencias científicas disponibles, están cambiando progresivamente la atención tradicional al parto en los hospitales. Aunque la incorporación de las recomendaciones de la OMS están siendo lentas en España:

...la tasa global de cesáreas del Sistema Nacional de Salud del 22,2%, siguen siendo superiores a los recomendados por la OMS (10-15%). Aún hoy, la mayoría de la población y algunos profesionales sanitarios creen que no es posible dar a luz de forma segura sin la ayuda de procedimientos e instrumentos técnicos. (Iglesias *et al.*, 2009: 6)

La evidencia demuestra que la medicalización del parto, según la OMS sólo necesaria en el 10% de los partos, provoca yatrogenia, incrementa la tasa de cesáreas y partos instrumentales e interfiere en el establecimiento del vínculo materno-filial (Conde, 2009: 11).

El parto es un proceso natural y fisiológico, que en nuestro entorno se ha medicalizado tras su atención hospitalaria. Las mujeres necesitan intimidad y sentirse respetadas física y psicológicamente para que el parto evolucione fisiológicamente con normalidad.

El *British Medical Journal* promovió una votación entre sus lectores/as para detectar las “no enfermedades” que habían sido colonizadas por la medicina durante el siglo XX, la vejez obtuvo el primer lugar, y el embarazo el 18 (Pérez-Ciordia, 2011: 73). En el contexto

¹⁹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

occidental, esa consideración del embarazo como enfermedad y por tanto de la mujer como enferma y necesitada de ayuda, especialmente de esa ayuda profesional, técnica, masculina, es propia del discurso patriarcal que empezó a entrometerse en el proceso del parto ya en el siglo XVI y que a lo largo del XX ha inundado los paritorios de luces intensas, ruidos, prisas, silenciamiento e invisibilización de la mujer, la separación temprana del recién nacido de su madre, el rasurado, el enema y un sinfín de rutinas y actuaciones que evidencian, no sólo esa clara falta de perspectiva de género, sino la violencia ejercida contra las mujeres, socialmente aceptada al producirse en un entorno hospitalario y que tiene más que ver con una protocolización anticuada y no cuestionada, más pensada en la comodidad profesional que en la atención de calidad y el respeto a las mujeres y a sus bebés.

2.2. Humanización del proceso de parto: un acercamiento a la perspectiva de género.

En la década de los sesenta, del siglo XX, la Seguridad Social desarrolló importantes infraestructuras hospitalarias, lo que favoreció la instauración de un modelo de atención al parto caracterizado por la medicalización y el intervencionismo, que se ha aplicado por igual a todas las mujeres y a todos los partos. Con el tiempo, se ha demostrado excesivo o innecesario en la mayoría de los casos (FAME, 2011). Se estima que el 80% de los partos son eutócicos –normales, no complicados o fisiológicos-, actualmente la evidencia científica concluye que su desarrollo y atención deberían respetar el proceso fisiológico del parto, no medicalizando por defecto y fomentando un parto natural a través de la humanización del mismo (OMS, 1996; 2001).

El parto normal ha sido definido por diferentes instituciones como la OMS, FAME, AIMS, Guía NICE, SEGO, etc. Todas sus definiciones son aceptadas y coinciden en señalar que el parto normal es el proceso fisiológico y de progresión adecuada, sin signos de sufrimiento fetal, con el que la mujer finaliza su gestación a término -entre las semanas 37 y 42-. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano en posición cefálica, que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El líquido amniótico es claro y el parto normal no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones. El curso del embarazo, en general, ha de ser de no riesgo (Conselleria de Sanitat, 2009: 33). La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por

factores psicológicos, culturales y ambientales. El parto normal es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido (SEGO, 2008). Pero muchos partos de riesgo cursan un proceso normal al que también se podrían aplicar gran parte de las recomendaciones del parto humanizado (Charo *et al.*, 2010).

La humanización del parto está directamente relacionada con su enfoque desde una perspectiva de género. El protagonismo que tenían las mujeres en el proceso de parto, acompañadas de otras mujeres experimentadas, familiares y profesionales, se fue desvaneciendo proporcionalmente a la intervención de profesionales sanitarios especializados en el entorno hospitalario. Se trata en definitiva, de hacer a las mujeres partícipes y protagonistas de su parto, preguntándoles para pedir autorización y consentimiento ante cualquier actuación o procedimiento, es decir, otorgando a las mujeres un rol activo durante el parto y reconociendo que son las principales protagonistas, junto a sus bebés, de todo el proceso.

Este empoderamiento de la mujer durante la gestación y el parto, como veremos más adelante, no tiene por qué estar vinculado al parto natural.

El cambio “oficial” de una atención hospitalaria tradicional a otra donde prime lo fisiológico frente a lo patológico durante el parto comenzó cuando los Estados recogieron las evidencias científicas y elaboraron guías de actuación dentro de Planes de Calidad referidos a la atención sanitaria. Evidentemente, en la práctica todavía no se ha generalizado esa recomendación oficial hacia un parto más respetuoso con las mujeres y sus bebés, pero se ha avanzado mucho en términos generales.

En España, se ha hecho un esfuerzo importante en el ámbito normativo durante el siglo XXI, para cambiar las prácticas clínicas anquilosadas durante años, mostrando el camino para un cambio de paradigma de atención sanitaria del parto más humano y menos tecnológico.

Los Planes de Calidad están previstos en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Una de las áreas prioritarias de actuación ha sido la de la equidad. El Plan de Calidad para el sistema nacional de salud, 2010, está articulado en seis áreas. La segunda de ellas es el *Fomento de la equidad*, siendo la primera de sus estrategias (tercera del Plan) la de *Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas*, que incluye entre sus objetivos: «3.2. Impulsar políticas de salud reproductiva que mejoren la calidad de la atención sanitaria y promuevan las buenas prácticas» (MSPI, 2010: 24). Es en este objetivo donde se contempla la atención a la salud sexual, y al embarazo, parto y puerperio, los siete proyectos programados para dicho objetivo

muestran el interés del Ministerio por fomentar un cambio en la práctica clínica que se adecúe a las evidencias científicas, para lo que es fundamental la difusión y la formación del personal de atención directa:

1. Apoyo a las CCAA para la implantación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) mediante la subvención de iniciativas de mejora de la calidad de los servicios en relación con los objetivos de la Estrategia.
2. Finalizar el análisis de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y publicar sus resultados.
3. Impulsar la formación de los recursos humanos en salud sexual y reproductiva, especialmente de los de atención primaria, en colaboración con las sociedades profesionales expertas en el tema e implicadas en la atención.
4. Identificar y difundir buenas prácticas que ayuden a impulsar políticas de calidad en salud sexual y reproductiva.
5. Promover estudios sobre los aspectos de salud sexual y de salud reproductiva en los que es necesario más conocimiento científico para la toma de decisiones en su planificación, gestión o práctica clínica.
6. Evaluar la implantación de la Estrategia de atención al parto normal, aprobada en el 2007.
7. Participar activamente en las políticas europeas, con la OMS y la CE fundamentalmente, para la inclusión de la transversalidad de género en la salud sexual y reproductiva; en la prevención del VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual; y en la atención perinatal y de la infancia.

Por otra parte, su cuarta estrategia: *Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género*, destaca en su primer objetivo: «4.1. Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud del personal de salud», que las desigualdades de género en salud y en la atención prestada por los servicios sanitarios afectan a hombres y a mujeres, pero perjudican en mayor medida a las mujeres no sólo por razones sociales sino por la forma en que están organizados los servicios (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 31). Estos aspectos se ponen de manifiesto especialmente en la salud sexual y reproductiva.

En este contexto se publicó en 2007 la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, que aborda las prácticas clínicas y, en función de la evidencia

científica actual, hace recomendaciones sobre su aplicación (Ministerio de Salud y Consumo, 2007: 35-53):

Antes del trabajo de parto:

- Se recomienda evitar la práctica rutinaria del rasurado del perineo a las mujeres de parto.
- La aplicación de un enema de forma rutinaria es desaconsejada, a no ser que sea por deseo de la parturienta.

Tanto el rasurado como la aplicación del enema no están justificados, no se ha demostrado su eficacia, son actuaciones incómodas y molestas para las gestantes que las califican de desagradables, molestas e invasivas (Herrera, 2006: 29).

- El acompañamiento durante el parto forma parte integral de la estrategia de humanización y está relacionado con una menor necesidad de analgesia para el dolor y una mayor satisfacción del proceso de parto por parte de las mujeres (Ministerio de Salud y Consumo, 2007: 35-36). Por tanto, se debe permitir y alentar un acompañamiento continuo desde las etapas iniciales del parto. La matrona debe ser también protagonista del proceso, como experta en el acompañamiento en el embarazo, parto y puerperio. Las gestantes esperan de la matrona: «estar informadas, que las escuchen, que respondan las dudas que vayan surgiendo, que les proporcionen tranquilidad, privacidad, apoyo, confianza, que permanezcan a su lado, que sean empáticas, cariñosas, amables y tengan un carácter animoso» (FAME, 2011: 45). Durante el periodo de dilatación, se recomienda (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 37-38):

- Facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias. La posición tradicional -litotómica (*decúbito supino*)-, es la más desaconsejada para dar a luz, sólo facilita la actuación de los profesionales sanitarios. Permitiendo la deambulación o el cambio postural de la parturienta se puede llegar a reducir aproximadamente en una hora el periodo dilatante durante el trabajo de parto, además las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan tienen más probabilidades de recibir menos analgesia peridural (Molina-Reyes, 2013: 7). Incluso los beneficios de la deambulación no son incompatibles con el alivio del dolor a través de la analgesia epidural (González *et al.*, 2004: 29).

En el expulsivo se recomienda que elijan ellas la postura que prefieran, para lo cual es fundamental capacitar a profesionales de la atención al parto en las diferentes posiciones, «las posturas verticales son las más favorables para el descenso y encajamiento de la presentación, así como para facilitar los pujos espontáneos» (Herrera, 2006: 31).

- Utilizar el partograma como método de evaluación del progreso del parto. Éste permite que el parto pueda evolucionar de manera fisiológica, sin intervenciones o actuaciones innecesarias y limitando el número de tactos vaginales (Herrera *et al.*, 2006: 28). La monitorización fetal continua condena a las gestantes a permanecer horas en la misma posición favoreciendo la postura litotómica durante la dilatación, incluso haciendo creer a las mujeres que es la única postura válida para dar a luz. Hay evidencia de que la monitorización continua parece aumentar el porcentaje de partos instrumentales y cesáreas (Herrera, 2006: 30).
- Permitir la ingestión de alimentos cuando el parto progresa normalmente, principalmente líquidos pero también comidas livianas, según las necesidades de las gestantes. El ayuno a las gestantes se impuso tras una investigación en los años 40²⁰, para evitar la aspiración de contenido gástrico de las pacientes intervenidas con anestesia general –Síndrome de Mendelson-, esta analgesia actualmente se utiliza en una proporción muy pequeña en la asistencia al parto. Actualmente, «no existe suficiente evidencia que justifique el ayuno en las mujeres de parto por el riesgo de aspiración de contenido gástrico. La restricción de comida y bebida puede derivar en deshidratación y cetosis» (Caravaca, 2009: 12). Además, la baja incidencia del síndrome de Mendelson y el hecho de que el ayuno no garantiza el completo vaciado gástrico desaconsejan su aplicación (Herrera, 2006: 30).
- Potenciar entornos amigables (naturales, arquitectónicos y psicosociales) que ayuden a una actitud y vivencia en las mejores condiciones. Es necesario humanizar los paritorios, y potenciar que la gestante se sienta atendida y no sólo en el aspecto clínico, sino fundamentalmente en el emocional y psicológico.
- Una de las principales preocupaciones de las mujeres gestantes es el manejo del dolor durante el parto. La analgesia epidural se ha institucionalizado como parte del proceso normal de parto, es el método más utilizado y eficaz contra el dolor, pero está relacionado con un mayor riesgo de parto instrumentalizado y fracaso de la lactancia materna (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 38).

En parturientas sin analgesia epidural hallamos un mayor porcentaje de partos eutócicos y, por lo tanto, menos instrumentaciones; sin embargo, el mayor porcentaje de instrumentación en partos con analgesia epidural queda relativizado debido a que en más de la mitad de los casos se produjo para abreviar el expulsivo. Se observa un

²⁰ Mendelson, Charles (1946) «The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetrics anesthesia». *Am. J. Obstet Gynecol.* 52: 191- 205.

incremento del tiempo del proceso de parto en parturientas con analgesia epidural. (Lacal *et al.*, 2001: 29).

Si se permite la deambulaci3n de la parturienta con analgesia epidural durante el parto se acorta el tiempo del expulsivo (Almudena, 2004: 28). Hay alternativas, por ejemplo, la administraci3n inhalatoria de 3xido nitroso al 50%, el acompa1amiento continuo, inmersi3n en agua, acupuntura, masajes y pelotas de goma (Mu1oz *et al.*, 2012: 52). Por eso, entre las recomendaciones figuran el que la gestante est3 informada sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y la criatura, la posibilidad de su aplicaci3n sin bloqueo motor y as3 permitir la deambulaci3n, informar y dar la posibilidad de elegir entre varios m3todos, no realizar analgesia de rutina o permitir que reciban apoyo de forma continua por un acompa1ante.

- La episiotom3a es un corte que se practica en el perineo. Pretende proteger el perineo frente a desgarros graves, pero no est3 demostrado como tampoco el que prevenga la incontinencia o los prolapsos. *The Lancet* la calific3 como una forma de mutilaci3n genital femenina (Girard, 1999).

Lo que s3 es evidente es que aumenta el dolor, dificulta las relaciones sexuales y aumenta la morbilidad materna (...) S3lo estar3a justificada en caso de sufrimiento fetal agudo, con antecedentes de desgarro perineal grave, tipo mutilaci3n genital femenina, o en partos complicados (Herrera, 2006: 31).

Actualmente est3n ampliamente reconocidos los beneficios de un uso restrictivo de la episiotom3a frente al uso rutinario (Romero, 2002: 38), adem3s su aplicaci3n rutinaria no protege de las disfunciones del suelo p3lvico, las alteraciones de las relaciones sexuales ni la incontinencia urinaria a los 3 a1os del parto (Luque, 2011: 41). Se recomienda no suturar los desgarros leves o cortes menores, de ser necesaria se aconseja realizar episiotom3a medio-lateral (Borja, 2001: 41) con sutura continua de material reabsorbible y mejorar la formaci3n sobre la protecci3n del perin3 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 40).

- La estimulaci3n o inducci3n del parto al administrar oxitocina sint3tica para disminuir su duraci3n, implica aumentar el dolor de las contracciones, el porcentaje de riesgo de p3rdida del bienestar fetal y el porcentaje de intervenciones (Herrera, 2006: 28).

Durante el alumbramiento se recomienda (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 40-44):

- No pinzar el cordón umbilical mientras tenga latido, como práctica habitual. Se recomienda el pinzamiento tardío que es respetuoso con la fisiología (Ortega *et al.*, 2001: 27).

- Contacto precoz madre-criatura recién nacida. El periodo sensitivo en el que se encuentra el neonato, durante las dos primeras horas después del nacimiento, hace que esté en alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina. Facilita el reconocimiento temprano del olor materno, su adaptación al entorno y su amamantamiento (Otal *et al.*, 2012: 7). Al colocar al neonato en decúbito prono, contacto piel con piel, sobre su madre, éste reptará alcanzando el pezón de forma natural y espontánea en el 90% de los casos, este proceso puede durar unos 70 minutos. El contacto piel con piel permite al neonato recuperarse antes del estrés, equilibrar antes su glucemia, la temperatura y el equilibrio ácido-base (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 43). Se recomienda mantener el contacto piel con piel y posponer las pruebas de profilaxis ocular, peso y vitamina K, así como las aspiraciones de secreciones, lavado gástrico o paso de sonda orogástrica y rectal, que no son necesarias e implican riesgo.

En la medida que se sigan estas recomendaciones se evitarán complicaciones en los partos. Cuando éstos se complican, y sólo en esos casos, aparecerían las cesáreas y los partos instrumentales.

- Partos instrumentales o asistidos, para evitarlos hay que respetar los tiempos durante el expulsivo. Hay evidencia que la primera opción debería ser la ventosa extractora frente al fórceps (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 41).

- Cesáreas. La OMS recomendaba como indicador de calidad obstétrica un porcentaje de cesáreas que no debía superar el 10%. Sin embargo, en los países desarrollados se sobrepasa holgadamente ese porcentaje, se evidencia un incremento progresivo en los últimos años. Hay factores que lo favorecen como «el aumento de la edad de las madres, de los partos múltiples, de las solicitudes por parte de las mujeres y de las demandas por sospecha de mala práctica». Es preocupante porque la morbilidad y mortalidad maternas son de tres a diez veces mayor en las cesáreas que en los partos vaginales²¹. Además de dificultar el contacto piel con piel.

La progresiva modificación de los protocolos clínicos permite acercar la realidad hospitalaria a las recomendaciones de la OMS (1996; 2001).

²¹ Rodríguez Ferrer, Rosa M^a *et al.* (2009) «Revisión sobre mortalidad materna en España». III Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas. Islantilla Huelva del 22 al 24 de Octubre de 2009.

Mediante la aplicación de la vía clínica, se redujo la tasa de cesáreas, el número de partos estimulados con oxitocina, y el uso de la anestesia epidural y de la episiotomía en los partos vaginales. Aumentaron los partos eutócicos, los partos vaginales tras cesárea y el número de recién nacidos con pH venoso umbilical $<7,20$ (Conde, 2009: 5).

La OMS (2001) recomendó la progresiva aplicación de los siguientes diez principios que favorecen la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad y ciencias sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino también de su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

El parto con una asistencia respetuosa con la fisiología está dejando de considerarse una opción dirigida a un grupo minoritario de la población. En nuestra Comunidad, el Hospital de La Plana, en Villarreal, lleva ofreciendo durante años esta atención. Actualmente, incluso algunos hospitales privatizados ofrecen una opción menos intervencionista, como el hospital de Manises.

Aunque la atención al parto ha mejorado en los últimos años en la Comunidad Valenciana, la situación real tiene todavía margen de mejora y sigue evidenciando la diferencia de atención en la red privada en comparación con la pública:

%	RED PÚBLICA			RED PRIVADA		
	1996	2008	2010	1996	2008	2010
Inducción del parto	-	27'4	-	-	41'7	-
Cesárea	17'5	24'9	24'9	30	42'9	40'3
Episiotomía	90	64'1	49'8	90	78'3	60'3
Parto instrumentado	-	14'9	12,9	-	36'3	25,6
Anestesia epidural	-	49'5	43'7	-	86'6	87'2
Acompañamiento continuo	-	64'8	-	-	59'5	-

Fuente: Programa control y seguimiento del embarazo (Hoja resumen del embarazo). Dirección General de Salud Pública.

El número medio de hijos/as por mujer en la Comunidad Valenciana en 2008 era de 1'45, lejos del nivel mínimo de reemplazo generacional (Consellería Sanidad, 2009: 13).

La inducción del parto en hospitales públicos fue del 27'4% y del 41'7% en los privados, lejos del 10% recomendado por la OMS. (Consellería de Sanidad, 2009: 23).

La realización de cesáreas se ha incrementado tanto en la red pública como en la privada, esta última con porcentajes más elevados (Consellería de Sanidad, 2009: 23). Pero dicha distribución presenta una gran variabilidad cuando se analiza de forma individualizada por centros sanitarios, destacándose la importancia que tiene el equipo sanitario que atienda. De esta forma en hospitales públicos la intervención de cesárea osciló entre el 18'9% y el 40'2%, y en clínicas privadas del 22'8% al 58'3%. Según datos de 2010 el hospital de Ontinyent fue el que más cesáreas realizó en la red pública con un porcentaje del 46%, y el que menos el de Manises 15'4 seguido del de la Plana con 15'6. En la red privada el

hospital que más cesáreas realizó fue el de San Jorge de Alcoi con casi un 69'7% y el que menos Acuario con un 26%.

La episiotomía era del 90% en los partos vaginales de 1996, en 2008 se redujo hasta el 64'1% en la red pública y al 78'3% en la privada. Los partos instrumentados, que requieren ventosa, fórceps y/o espátulas, fue del 14'9% en públicos y del 36'3 en privados (Consellería Sanidad, 2009: 25).

La anestesia epidural favorece los partos instrumentalizados (Consellería de Sanidad, 2009: 26). En éstos la episiotomía se realizó por encima del 90% de los partos en 2010.

En términos generales el tipo de parto en la Comunidad Valenciana durante el primer semestre de 2010 fue vaginal no instrumentalizado en un 59'7%, vaginal instrumentalizado en un 13'8% y cesárea en un 26'4%. Respecto a la inducción del parto el 68'4% fue espontáneo.

Para que las buenas prácticas sean la norma es necesario que «se adopten unas prácticas clínicas en el parto y posparto respetuosas, eficaces y humanas, (...) una profunda transformación de los servicios sanitarios, las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales» (Conde, 2009: 11). Además de la reivindicación feminista para visibilizar a las mujeres y favorecer su empoderamiento durante el parto. La elaboración conjunta, entre matronas y ciudadanas, de planes de parto es un instrumento válido para facilitarlos.

2.3. EL PLAN DE PARTO UNA HERRAMIENTA PARA VISIBILIZAR A LAS MUJERES

2.3.1. Plan de parto: historia y realidad en España

Para adoptar unas prácticas clínicas, durante el parto y posparto, respetuosas y eficaces hay que modificar los paritorios para lograr espacios más acogedores donde mujeres y profesionales puedan trabajar en óptimas condiciones físicas y emocionales, también hay que reducir la tasa de inducciones o partos instrumentales, mejorar y diversificar los métodos de alivio del dolor y animar a que las mujeres entreguen planes de parto (Conde, 2009: 11). El plan de parto representa una estrategia para favorecer la humanización del parto. Pero realmente, ¿cuándo surge y qué es un plan de parto?

La aparición de los primeros planes de parto se produjo en Estados Unidos a principios del siglo XX. Eran de transmisión verbal y se realizaban en casa y con la familia donde se aclaraba principalmente cómo iba a ser el parto y quién sería la o el acompañante.

La experiencia del parto cambió radicalmente hacia 1930 cuando comenzó la atención hospitalaria del mismo en Estados Unidos y parte de Europa. En España no comenzaría

hasta prácticamente los sesenta. Las mujeres ya no parían acompañadas en sus hogares, sino que lo hacían solas, en un entorno aséptico, rodeadas de personas desconocidas y al nacer los bebés eran arrebatados de sus brazos para continuar realizando actuaciones médicas. Este intervencionismo excesivo logró disminuir la morbimortalidad materna e infantil, pero desplazó e invisibilizó a las mujeres durante el proceso²².

Las primeras críticas a la medicalización del nacimiento, se produjeron durante la década de los 70 en Inglaterra y Francia. Se cuestionaba el tratamiento hospitalario ofrecido a, o sufrido por, las embarazadas. Y pretendía un cambio de paradigma, desde el que considera el parto como un evento médico que necesita múltiples intervenciones, al paradigma que lo trata como un proceso natural y fisiológico que implica justicia social, donde la mujer tiene el derecho durante embarazo y parto, de no ser manipulada, estar libre de coerción, y sobre todo, a que se escuche su opinión y sea consultada ante cualquier actuación. En este contexto reivindicativo, los primeros planes de parto fueron creados formalmente por las educadoras prenatales para ayudar a las mujeres. Más tarde y de forma progresiva se iría institucionalizando y adaptando a las diferentes culturas (De Molina, 2010: 54).

Como hemos visto, a finales de siglo se empieza a promover el parto natural de baja intervención, es entonces cuando surge el primer plan de parto oficial²³.

Se evidencia una demanda de parte de la sociedad y de instituciones y asociaciones sociales para disminuir ese patrón intervencionista durante el parto, entre las medidas que se desarrollan figura fomentar la elaboración conjunta, entre matronas y ciudadanas, de planes de parto (Crespillo, 2013: 85).

Un hito importante en España fue en 1994, cuando se incluyó a las matronas en las unidades docentes como responsables de la formación. Así fueron ellas las que fomentaron la asistencia al parto normal de baja intervención, la participación activa de la mujer y la familia, y de introducir el proceso de toma de decisiones junto a la gestante en el proceso del parto (Crespillo, 2013:85). En 2007 la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) impulsó la «Iniciativa de Parto Normal». Ésta recomienda la elaboración de un plan de parto, donde la embarazada registre sus deseos y expectativas. La publicación de otras guías favoreció la concienciación colectiva y revisión de procedimientos, especialmente de obstetras y matronas, mediante la discusión, formación

²² Doherty, Mary Ellen (2003) «Birth plan decision-making: patterns of interaction». *Int. Journal of Childbirth Educ.*; 18(2): 27-33.

²³ Lothian, Judith (2006) «Birth plans: the good, the bad and the future». *Clinical Issues*; 35(2): 295-303.

de grupos de trabajo y aplicación de vías clínicas en algunos hospitales²⁴. También en 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*, mientras otras administraciones hacían lo propio²⁵.

De forma análoga en la Comunidad Valenciana se presentó, en 2009, la *Estrategia para la atención del parto normal en la Comunidad Valenciana*. En su apartado «3.4.5. Implicación y participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su vivencia de la maternidad: embarazo, parto y nacimiento» hay una sección reservada al Plan de parto donde se señala la inclusión en la cartilla maternal de un modelo de plan de parto (Conselleria de Sanitat, 2009: 43), desde entonces, en todas las cartillas de seguimiento del embarazo de la Comunidad Valenciana aparece en sus páginas 18-19 un modelo de plan de parto. Según Nela García, secretaria autonómica de la Conselleria de Sanitat el Plan de parto fue presentado por el 40,3% de las mujeres gestantes de la Comunitat durante 2011²⁶.

En otras comunidades el proceso ha sido análogo. Sólo a modo de ejemplos: Andalucía dispone desde 2009 del documento Plan de Parto y Nacimiento (2009), que refuerza el protagonismo de las mujeres y concreta lo que es este documento, además se ha traducido a francés, inglés, rumano, polaco, árabe y al alfabeto braille.

En Cataluña se le denomina *Plan de Nacimiento*, dentro del Protocolo para la asistencia al parto normal de 2007. Concreta la semana 32 de gestación como el momento adecuado para su elaboración, habiendo sido, previamente informada, durante el seguimiento de su embarazo en atención primaria.

En Asturias, desde octubre de 2010, son los hospitales, donde se va a dar a luz, los que deben informar y facilitar un modelo de plan de parto a las gestantes.

El Gobierno de Canarias (2009) publicó un documento: *Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva*. Éste fomenta el empoderamiento de las mujeres, destacando su protagonismo durante el parto, por eso deben estar perfectamente informadas y con capacidad para opinar junto al personal sanitario y cuando sea posible, decidir.

²⁴ Herrera, Blanca y Carreras, Isabel (2005) *Guía asistencia al parto poco intervencionista*. Hospital "San Juan de la Cruz". Úbeda; Servicio Cántabro de Salud (2010) *Vía clínica del parto eutócico*. Hospital universitario.

²⁵ Por ejemplo: *Estrategia de Atención al Parto Normal* del Servicio Cántabro de Salud, 2007; Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Protocol per a l'Assistència Natural al Part Normal*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2007; *Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía técnica do proceso de atención ó parto normal e puerperio*. Xunta de Galicia, 2008

²⁶ Inauguración de las III Jornadas de Atención Integral a la Mujer y al Niño. Hospital de Vinalopó.

En Cantabria, desde enero de 2008, la Cartilla de Salud del Embarazo, incluye información sobre el plan de parto y un modelo del mismo.

Además, de forma paralela o incluso previa al Estado y Comunidades Autónomas, diferentes asociaciones de mujeres y sociedades profesionales vinculadas a la atención sanitaria del proceso del embarazo, parto y puerperio, realizaron protocolos y guías de atención al parto en las que se revisan algunos de los planteamientos más extendidos a favor de un parto humanizado o poco intervencionista²⁷, incluyendo recomendaciones o informando sobre la conveniencia de elaborar un plan de parto.

El Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad (MSPI) publicó en 2011 la guía *Plan de parto y nacimiento*, donde se resumen las prácticas adecuadas para la asistencia al parto y nacimiento de acuerdo a las evidencias científicas actuales, que ya fueron recogidas en la *Estrategia para la atención del parto normal en la Comunidad Valenciana* de 2009, por eso sólo se destacará a continuación la información que no se haya señalado en apartados anteriores. A su vez, tras cada apartado, de la guía de 2011, se propone un formato de plan de parto para irlo rellenando junto a las evidencias científicas de cada práctica. Al final incorpora una hoja de registro hospitalario sobre plan de parto y nacimiento que recogerá de forma esquemática la información del documento.

Esta guía es el documento que actualmente mejor plasma la evidencia científica sobre la materia y es imprescindible para la implantación de la *Estrategia de atención al parto normal* (MSPI, 2007), promovida por el Observatorio de las mujeres.

2.3.2. ¿Qué es un Plan de parto?

El Plan de parto y nacimiento es definido como: «...un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento» (MSPI, 2011: 3). Esta información será de utilidad para el equipo profesional que atenderá el parto, facilitará la implicación activa de la mujer y su acompañante y la comprensión del proceso. Su función es ofrecer a las mujeres la oportunidad de expresar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras. Ofrecer un plan de parto es un medio eficaz de otorgar a las mujeres un mayor grado de control sobre el proceso del parto (Crespillo, 2013: 85). Esta información no sustituye, ni invalida la ofrecida por los y las profesionales sino que la complementa para cuando sea posible optar por la práctica deseada. Pero evidentemente su objetivo no es

²⁷ Quintana, Charo et al. (2010) *Atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2008) *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*.

planificar el desarrollo del parto y nacimiento, ya que es responsabilidad del personal sanitario quienes ante complicaciones o imprevistos informarán y aconsejarán sobre la mejor intervención. El resto de cuidados y buenas prácticas se realizarán siguiendo las recomendaciones establecidas según las evidencias científicas y los protocolos hospitalarios, y supuestamente intentando seguir la desiderata expuesta en el plan de parto. Su elaboración se puede realizar a lo largo de toda la gestación, aunque se recomienda que sea entre las semanas 28-32 con el asesoramiento de matronas y profesionales que intervienen en el seguimiento del embarazo. La guía «Plan de parto y nacimiento» (MSPI, 2011) está organizada en siete grandes apartados que a su vez incluyen diferentes subapartados, no numerados, a excepción del 2.1:

1. Llegada al hospital. Incluye los apartados: Acompañamiento; Necesidades especiales por déficit de capacidad o por motivos de cultura o idioma; Espacio físico, que también refiere otras opciones como el deseo de usar ropa propia; Intimidad.

2. Periodo de dilatación. Incluye: Personal asistencial; Enema y Rasurado del periné antes del parto, en ambos casos es destacado en *letra negrita* como no aconsejado; Líquidos durante la dilatación; Elección del lugar y postura durante el parto, se destacan diferentes lugares donde es posible dar a luz, como la cama, taburete, silla de parto vertical, etc.; Movilidad; Tratamiento de manejo del dolor, se indican técnicas no farmacológicas o la vía epidural. Pero previamente se destaca la importancia de las condiciones de la estancia y su influencia en la sensación de dolor:

Durante la estancia se cuidarán aspectos como la intimidad, un ambiente tranquilo sin frío ni luces intensas, favorecer la movilidad y relajación evitando que la mujer sienta miedo y tensión. Esto contribuye a una disminución de la percepción del dolor y por tanto de la necesidad de analgesia, ya que en estas condiciones el cerebro de la mujer produce sustancias analgésicas (MSPI, 2011: 9).

El punto dos continúa con: Uso de material de apoyo, señalan pelotas, espejos, cojines, cuerdas, bañera, ducha...; Otras preferencias.

2.1. Intervenciones. Debe existir una justificación para realizar cualquier intervención, control o administración de medicación, se ha de informar y solicitar consentimiento. Incluye: Monitorización fetal; Tactos vaginales; Administración de medicamentos para acelerar el parto de forma rutinaria, como la oxitocina; Canalización de vía venosa, no es imprescindible en partos normales, se puede dejar la vía abierta sin estar conectada a un

sistema de goteo; Sondaje vesical; Rotura de la bolsa, si no es espontánea se informará y socilitará consentimiento previo.

3. Periodo expulsivo: se refiere a la salida del bebé. Este apartado incluye: Pujos, es el esfuerzo de empujar durante la salida del bebé. Se deben producir cuando la mujer sienta la necesidad de hacerlo y la dilatación esté completa. La pérdida de sensibilidad que produce la anestesia epidural puede disminuir el deseo de empujar, entonces es conveniente que la matrona o comadrón orienten sobre el momento adecuado; Episiotomía, este corte en el periné sólo se realizará cuando se precise facilitar la salida del bebé; Nacimiento, la guía define este momento como: «Es un momento único, íntimo y especial, en el que se debe procurar que el primer contacto del bebé sea con su madre a través de la piel, la mirada, el olfato, el sonido, y el reflejo de succión» (MSPI, 2011: 13); Contacto piel con piel tras el nacimiento; Aspiración de secreciones y sondajes tras el nacimiento, en un bebé sin problemas es una práctica desaconsejada; Atención inicial al recién nacido, hay que posponer actuaciones no urgentes -peso, talla y otros cuidados o tratamientos- para permitir el contacto madre/hijo-hija en intimidad, piel con piel, al menos durante las dos primeras horas, si ella lo desea; Corte del cordón umbilical, cuando haya dejado de latir y si se va a donar sangre del cordón se seguirá el protocolo establecido para ello, conocido con antelación; Inicio precoz de la lactancia: «Para ello se colocará al bebé sobre el pecho desnudo de su madre, en contacto piel con piel, dejando que comience a mamar de forma espontánea y sin interferencias innecesarias, durante el tiempo que precise para ello...».

4. Alumbramiento de la placenta: si no es espontáneo se facilitará mediante masajes o la inyección de medicamentos.

5. Cuidado y atención al recién nacido. Incluye los siguientes apartados: Separación de la madre y realización de procedimientos, los motivos han de ser claramente justificados y constarán en la historia clínica; Administración de medicamentos preventivos y vacunación: se realizarán con el bebé en contacto piel con piel con su madre o durante el amamantamiento y tanto la pomada antibiótica oftálmica, la vacuna de la hepatitis B, como la vitamina K, para la prevención de hemorragias, pueden esperar las primeras horas de intimidad madre-bebé. Una de las opciones que señala la Guía sobre la administración de la vitamina K es la posibilidad de administrarla por vía oral, de acuerdo a la pauta prescrita; Higiene del recién nacido: el primer baño puede retrasarse más allá del segundo día, se trata de una decisión personal. Se puede solicitar la realización de los cuidados e higiene del bebé por una misma y/o el o la acompañante u otra persona de su elección.

6. Periodo de puerperio. Se refiere al tiempo transcurrido desde el final del parto hasta las 6-8 semanas del posparto. La guía incluye: Traslado a planta y estancia en la maternidad tras el nacimiento. Se producirá en contacto piel con piel, madre-bebé, tapados con una sábana o manta y acompañados; Duración de la estancia y cohabitación madre-recién nacido, la estancia hospitalaria se ajustará a la salud tanto de la madre como del recién nacido. El colecho –compartir cama con el bebé- se considera una práctica beneficiosa y cómoda para la madre; Lactancia, la lactancia materna es la mejor opción para el bebé, además ayuda a una buena evolución del puerperio (MSPI, 2011: 19). Se producirá nada más tras el nacimiento o durante la siguiente hora, pero se favorecerá, en caso de ser la elección, sin prisas. Debería fomentarse de forma exclusiva y a demanda, pero siempre por deseo de la madre sin coacciones ni sentimientos de culpabilidad. Se consultará a la madre antes de dar algún tipo de alimentación cuando sea necesario. En un tema tan delicado la guía señala las siguientes opciones en el plan de parto: Deseo dar el pecho- He decidido dar a mi bebé leche de fórmula- Tomaré la decisión más adelante- Deseo contactar con asociaciones de apoyo a la lactancia. Por tanto, considera las necesidades de las mujeres que decidan no dar el pecho.

7. Parto instrumental (fórceps, ventosa, espátula) o cesárea: el texto destaca la necesidad de causa justificada que debe iniciar un parto instrumental y el hecho de respetar las buenas prácticas durante el proceso, como el acompañamiento continuado, la intimidad o el contacto piel con piel tras el nacimiento.

En la realidad hospitalaria la forma de ir incorporando las evidencias científicas a los protocolos de actuación, generalizar el conocimiento y el respeto del plan de parto y en definitiva, de ir modificando prácticas hasta entonces no cuestionadas, es a través de vías clínicas, al amparo de la *Estrategia de atención al parto normal* (MSPI, 2007). Éstas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica, configurándose como planes de atención basados en la evidencia que intentan reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. Su origen se remonta a los años 50, pero su aplicación sanitaria fue durante los años ochenta en Estados Unidos. En España han aparecido en los últimos 15 años (Carrasco y Ferrer, 2001: 200). Su implantación no está exenta de dificultades:

(...) el escepticismo de los profesionales, en quienes existe una resistencia al cambio; el gran número de personas que intervienen en ella; la difícil e imprescindible

coordinación entre los servicios implicados en su desarrollo y, por último, la escasa cultura de trabajo en equipo (Conde *et al.*, 2009: 9).

A través de estas vías clínicas se pretende reducir el intervencionismo médico, aumentar el protagonismo, corresponsabilidad y la satisfacción de las mujeres en su propio parto y sus parejas y potenciar que las parejas participen activamente en todo el proceso. Aunque están enfocadas al parto normal, también buscan la humanización, en lo posible, de todos los nacimientos, incluyendo partos instrumentales, cesáreas programadas o mujeres con desgarros de tercer y cuarto grado en partos anteriores.

2.3.3. Consejos de elaboración. Posibilidad de aceptación o rechazo de un Plan de parto

Plan de parto o Birth plan, es definido por la NHS como «un documento en el cual la mujer y/o su entorno familiar, muestran cuáles son sus preferencias deseadas durante el parto». Tradicionalmente se elaboraban para contestar a tres preguntas: ¿qué he de hacer o necesito para sentirme segura y a gusto?, ¿qué opciones tengo para estar relativamente cómoda durante las contracciones?, ¿quién estará conmigo y quién me ayudará durante el trabajo de parto? (De Molina y Muñoz, 2010: 54). Actualmente se recomienda tener en cuenta estas dos cuestiones: ¿Es estrictamente necesario? ¿Existe alguna alternativa?

Se trata, por tanto, de una desiderata que se caracterizará por su flexibilidad ya que ningún parto es igual a otro, y ante todo se debe garantizar la seguridad de la madre y del bebé durante el mismo. Lo elaboran frecuentemente la gestante y su pareja durante el embarazo, informados y asesorados previamente en atención primaria. Sirve indirectamente para mejorar la comunicación con los profesionales sanitarios, especialmente con la matrona o comadrón. Éstas y éstos que atienden durante la gestación son el que principal eslabón del proceso que ha de orientar e informar a las interesadas sobre el plan de parto, creando expectativas realistas y flexibles, creando un clima de confianza donde mujeres y familiares se sienten escuchados al poder exponer sus opiniones y deseos. Es aconsejable que se tenga preparado hacia las semanas 28-32 de embarazo, y se ha de presentar en el hospital por registro de entrada, es conveniente llevar una copia el día del parto.

El documento debe ser corto, conciso y redactarse en términos positivos, cuya finalidad es demandar una atención de calidad personalizada y respetuosa (de Molina y Muñoz, 2010: 53). Como hemos visto hay evidencias científicas que apoyan prácticas que deben ser

promovidas en la asistencia al parto, como favorecer su inicio espontáneo, la libertad de movimientos para las gestantes incluyendo la elección de la postura para parir, el apoyo emocional y físico, la posibilidad de ingerir líquidos o alimentos durante el trabajo de parto, el contacto piel con piel con el neonato, etc. También se ha demostrado la existencia de prácticas que hay que evitar, o por lo menos no aplicar de forma rutinaria, como el rasurado del periné, la aplicación del enema, la episiotomía, la aplicación de oxitocina sintética o la cesárea, entre otras (OMS, 2001). Los planes de parto permiten plasmar éstas y otras cuestiones importantes para las mujeres que preparan con ilusión el nacimiento de sus hijos e hijas.

El Plan de parto es un documento en el que la gestante, además de expresar sus deseos o expectativas durante el parto, también demuestra que está informada, que sabe sus derechos como mujer embarazada y que quiere ejercerlos. Los planes de parto son presentados por mujeres bien informadas que demandan una atención de calidad y cuyo perfil sociodemográfico se corresponde con mujeres primíparas, con una edad por encima de la media, con buena formación y que quieren evitar la epidural (De Molina y Ferrer: 2010: 55).

Por otra parte, no es un documento prescriptivo ya que la mujer puede modificar cualquier contenido del mismo durante el desarrollo del parto, sencillamente manifestándolo. Tampoco lo es para el personal sanitario, éstos no tienen potestad para aceptar ni rechazar un plan de parto, pero sí que pueden y deben negarse a realizar actuaciones que constituyen mala praxis, que no sería el caso de la mayoría de planes de parto, tal y como fueron creados, pero sí que podrían darse situaciones en las que las peticiones estén lejos de la realidad, fuera de las posibilidades del centro hospitalario o incluso que no fueran recomendables. Un plan de parto no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales durante el desarrollo del parto normal (MSPI, 2011: 3). Ahora bien, este apunte es bastante relativo teniendo en cuenta las prácticas habituales que se han realizado y se siguen realizando en los hospitales. No hay que olvidar que en sus inicios el plan de parto en EEUU, donde la intervención excesiva era la norma: «las mujeres reflejaban los deseos de que sus partos fueran inducidos o que se les hiciera una cesárea» (De Molina, 2010:54).

Su contenido tiene valor de consentimiento informado reconocido en el artículo 4.1. de la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (LBRAP), que

implica el derecho de los y las pacientes a conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de la salud que «comprende como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias» (MSPI, 2011: 4).

Pero el instrumento legal para no someterse a intervenciones de rutina que no están recomendadas, no es el plan de parto, sino la firma de la denegación de tratamiento.

Por esta razón diferentes asociaciones o agrupaciones recomiendan que la redacción del plan de parto, no sea tanto un listado de intervenciones que no se desean, ya que el aceptar y rechazar un tratamiento médico es un derecho de toda persona usuaria y más aun si el tratamiento está desaconsejado por la evidencia científica.

Las matronas de Úbeda lo introducen así:

Hemos omitido cualquier petición clínica pues confiamos en que vamos a recibir una atención de calidad basada en las recomendaciones de organismos e instituciones (SEGO, OMS, Ministerio de Sanidad...) y sé que me solicitarán el consentimiento informado en el caso de que tengan que realizar alguna intervención para el correcto desarrollo de mi parto²⁸.

En algunas páginas de Internet se pueden observar tipos de planes de parto, e incluso rellenarlos on-line. Es de destacar el que ofrece la NHS²⁹.

Otras aportaciones sugieren no llamarlo plan de parto, para evitar la actitud a la defensiva de parte del personal sanitario, y centrarse en su justificación legal. En este sentido, desde el ámbito del Derecho, hace una interesante aportación Francisca Fernández Guillén (2011):

Por todo ello, recomiendo a todas las embarazadas enviar sus escritos por correo con acuse de recibo o vía administrativa al Hospital evitando titularlo como "Plan de parto". En su lugar, por la experiencia acumulada, me parece mejor encabezarlos así:
"En virtud del derecho al consentimiento (y rechazo) informado que me otorga la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica, les ruego hagan constar en mi historia clínica mi voluntad de: - No aceptar episiotomías de rutina - No aceptar goteros de oxitocina sintética de rutina...

²⁸ <http://www.matronas.objectis.net/plan-de-parto/form> (fecha de consulta: 11/06/2014).

²⁹ <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/birth-plan.aspx#close> (fecha de consulta: 11/06/2014).

Estas decisiones informadas se basan en la evidencia científica recogida en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad del año 2010 y Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para Atención al Parto.

En caso de que alguna circunstancia excepcional que se produzca durante el parto haga necesaria o aconsejable realizar alguna de las intervenciones mencionadas, estoy dispuesta a considerar las alternativas disponibles, tras recibir la información recogida en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y ser solicitado mi consentimiento por escrito, tal y como prevé la citada ley."

A pesar de todo, aún son muchos los hospitales que hacen caso omiso de los planes de parto. Hay que saber que el Plan de parto está reconocido como un documento con valor de consentimiento informado (art. 4.1. LBRAP) y debe ser tenido en cuenta tanto si lo propuesto consta en un Protocolo o una Guía de Práctica Clínica como si no. En el art. 21 de la LBRAP se recoge: «[...] el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas». La típica expresión, utilizada con demasiada frecuencia de *"aquí, esto se hace así porque lo dice "el protocolo"*, no tiene sentido ya que los protocolos no están para impedir a los usuarios y usuarias el ejercicio de sus derechos, no se puede, por ejemplo, obligar a una mujer a que acepte la administración de oxitocina sintética por rutina o que tenga que parir tumbada porque lo diga *"el protocolo"*. El artículo 2.6. de la LBRAP destaca el respeto a las decisiones informadas de los y las pacientes:

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

Es fundamental conocer los derechos del paciente para no caer en malas prácticas ingenuamente:

La práctica seguida por algunos hospitales de dar a firmar a las futuras madres durante los últimos meses del embarazo hojas de Consentimiento Informado a fin de que firmen por anticipado su aceptación en bloque todas y cada una de las intervenciones y procedimientos que pueden utilizarse en un parto, incluyendo operaciones como la

cesárea o la histerectomía, y con la insinuación implícita de que, si no entregan la hoja firmada, no serán atendidas en el centro, es inaceptable (Fernández, 2011: 4).

De acuerdo con Sonia Reverter (2012: 28), el empoderamiento se refiere:

(...) principalmente a la capacidad de realizar acciones, de hacer efectivas posibilidades, de tal manera que las personas nos apropiemos de las riendas de nuestras vidas, potenciando nuestras capacidades como sujetos autónomos, y profundizando en una manera libre de tomar decisiones y de dirigir nuestros destinos.

No cabe duda de que el Plan de parto es una herramienta reivindicativa en lo atinente a peticiones sobre los derechos de las mujeres, sobre prácticas clínicas y sobre preferencias durante el nacimiento. Les otorga un rol activo y un empoderamiento que progresivamente la hospitalización del parto les fue acotando.

2.4. Claroscuros del Plan de parto

Hemos visto cómo el Plan de parto es un documento que da voz a las mujeres durante su parto y devuelve su protagonismo durante el proceso facilitando su desarrollo natural o fisiológico, pero además tiene otras ventajas no tan evidentes.

El Plan de parto puede ayudar al personal sanitario de atención al parto, especialmente las matronas y comadrones y los y las ginecólogos/as, a reconocer las individualidades de cada mujer. Brindando la oportunidad de personalizar los partos al facilitar que los y las profesionales conozcan las expectativas de las mujeres con respecto al proceso del parto (Crespillo *et al.*, 2013: 85).

También se le pueden dar otros usos, por ejemplo en Birmingham (Reino Unido) se utilizan con gestantes de alto y muy alto riesgo para disminuir sus miedos, dándoles información de los cuidados que precisan durante el parto y el posparto. Aunque hay otros estudios que destacan la radicalización de la postura materna en partos de alto riesgo, cuestionando la utilidad del plan de parto (Berg *et al.*, 2003).

La presentación del Plan de parto se ha relacionado con un menor uso de la anestesia epidural y la atenuación de sus miedos al parto y al dolor, en comparación con gestantes que no lo hicieron (Molina y Muñoz, 2010: 55).

No hay que olvidar que una ventaja fundamental del Plan es que no es prescriptivo, hay datos de un número significativo de mujeres que en su Plan de parto no querían recibir

epidural y cambiaron de opinión durante las primeras horas de dilatación (Crespillo *et al.*, 2013: 90).

Pero no todo es positivo respecto al plan de parto. Algunos estudios han encontrado que los planes de parto no mejoran la experiencia global de parto, sino que parecen intensificar sentimientos negativos, tanto en la gestante como en el personal sanitario, además de obtener peores resultados obstétricos (Crespillo *et al.*, 2013: 85).

Los Planes de parto que fueron creados con la intención de facilitar un ambiente de confianza y comunicación pueden provocar tensiones con el personal sanitario. En lugar de mejorar las relaciones, pueden ser un factor irritante, generador de actitudes negativas del equipo obstétrico que sienta amenazada su autonomía profesional, incluso afectando negativamente el transcurso del parto. Este malestar afecta principalmente a los profesionales más veteranos, pero también a las más veteranas, quienes tienden a descartarlos porque los consideran obsoletos, inefectivos y no basados en la evidencia científica (De Molina y Muñoz, 2010: 56). La propia Conselleria de Sanitat destaca entre los puntos débiles de establecer un protocolo de asistencia al parto normal la existencia de planes de parto que están totalmente en contra de las figuras del obstetra y del pediatra (Conselleria de Sanitat, 2009: 45). En otro estudio, realizado en Suecia, se definen las peticiones de las mujeres como ilusas y superficiales, y no propician una mayor capacidad para el trabajo de parto (Lothian *et al.*, 2006). Y, por tanto, no van a favorecer la concienciación del personal sanitario, ni un cambio de actitudes y mucho menos de rutinas sanitarias. Una versión sarcástica, disponible en Internet, de Plan de parto que podría responder a esta visión es la propuesta del *Plan de parto subversivo* (ver Anexo 2).

Todavía no se ha demostrado que la presentación del Plan de parto cambie prácticas clínicas, ya que depende de la voluntad del hospital, del equipo médico y especialmente de la matrona o comadrón de turno. Funcionan bien, donde menos falta hace, en hospitales respetuosos, como puede ser el Hospital de la Plana, en Villareal, y en los últimos años el Hospital de Manises. En los hospitales reticentes a los cambios pueden producir el efecto de causar malestar entre los y las profesionales, como fue nuestro caso en el Hospital Universitario Clínico de Valencia, como destacaremos en el último apartado.

Otro efecto negativo que se ha documentado, paradójicamente es el de sentimiento de frustración, insatisfacción o decepción que puede provocar en la mujer cuando no es respetado su Plan de parto en comparación con otras mujeres que no lo han entregado.

Un estudio reciente, que compara las expectativas previas, el nivel de satisfacción y los factores psicosociales entre madres según la elaboración del plan de parto, desvela que:

Las madres que habían diseñado planes de parto mostraron niveles más bajos de satisfacción, así como sentimientos de decepción y frustración, al haber desarrollado ciertas expectativas sobre cómo sucedería el parto. Las madres sin plan de parto, posiblemente desconocedoras de la existencia de estos planes, fueron menos exigentes en cuanto a la planificación de su parto y se dejaron llevar más por la improvisación en función de la evolución del alumbramiento (Crespillo *et al*, 2013: 84).

Los sentimientos de decepción se manifestaron incluso en casos donde se había respetado la toma de decisiones durante todo el proceso. Este hecho es, en parte, responsabilidad de la información que reciben las gestantes durante el embarazo. En muchas ocasiones, desde los centros de atención primaria no se ofrece información suficiente ni real sobre el plan de parto (Crespillo *et al.*, 2013: 90). Es muy importante el establecimiento de una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y necesidades. Para ello hace falta formar a los y las profesionales del ámbito sanitario para que sean conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma que se proporcionan los cuidados.

La mayoría de las mujeres acepta las tecnologías sanitarias a su alcance. Todas las mujeres quieren sentirse protagonistas de su embarazo y parto. Confían plenamente en la competencia profesional de los expertos y expertas, cuya presencia les confiere seguridad, pero demandan mayor presencia de cualidades personales como el cariño y el trato deferente (Goberna *et al.*, 2008: 5). Otro dato significativo que aporta el estudio citado es el hecho de que las madres sin plan de parto optaran mayoritariamente por un parto natural, mientras que las que sí lo elaboraron optaron por la epidural (Crespillo *et al.*, 2013).

Por tanto, el Plan de parto no se vincula exclusivamente al parto más natural, sino que lo hace con las preferencias y deseos de las gestantes que pueden optar por una atención más o menos respetuosa con el proceso fisiológico del parto.

III. PLAN DE PARTO: UNA EXPERIENCIA PERSONAL

Mi primer acercamiento al Plan de parto fue por necesidad.

El primer embarazo de Mado, mi pareja, nos hizo buscar, leer, informarnos, conocer pros y contras de todo el proceso, incluida la atención hospitalaria del parto.

Esta es nuestra experiencia, y para respetar a la verdadera protagonista del relato está contado por ella, en primera persona:

Un día descubres que estás embarazada, es maravilloso, un mundo nuevo por conocer. Surgen cantidad de cuestiones que nunca antes te habían preocupado. Cómo enfocar la maternidad, qué puedes o no hacer, si el embarazo te limita y de qué modo, cómo va a afectar esta situación a tu trabajo, cómo prepararte para cuando llegue el momento, y cómo no, el parto. Cómo es un parto, cómo notas que ha llegado el momento, cómo afrontarlo, si puedes prepararte, dónde dar a luz, de qué modo...

Todo es nuevo y el desconocimiento por nuestra parte era total. Casualmente una amiga muy cercana había tenido una experiencia muy mala en el momento del parto. Ella, como yo, pensaba que el parto era un momento muy íntimo y decisivo para las mujeres. Pero en cambio fue ignorada, apartada de su propio parto, sin ninguna capacidad de decisión, cuando dijo que podía pujar le pusieron oxitocina, epidural sin avisar, y sin darse cuenta ya le habían hecho la episiotomía. Se sintió frustradísima, sin ninguna capacidad de decisión en el momento que tanto había estado esperando. Y después se sintió sola, sin saber cómo amamantar, nerviosa, vulnerable e incapaz. Ella no había acudido a la preparación para el parto, pensaba que en algo tan natural todo fluía y era bonito, una experiencia gratificante que te marca para toda la vida. Por el contrario, toda esta experiencia traumática me ayudó a ser muy consciente desde el principio de mi embarazo de lo que yo quería y de lo que no, y a intentar luchar por ello.

Conocía clínicas privadas en las que se practicaba el parto natural, que es lo que yo quería y sentía. Pienso que lo mejor y más natural para un bebé es nacer sin medicalización, sin estreses, dar a luz como las *indias* era mi imagen ideal de parto. Por supuesto los adelantos médicos son maravillosos y necesarios cuando surge cualquier tipo de problemática o complicación. Pero también tenía muy clara la idea de que algo tan natural como un nacimiento no tenía por qué ser pagado a precio de oro, sino que debía ser tratado en todo lugar como algo fisiológico, con capacidad de decisión para las mujeres y no como algo programado y protocolizado, porque una embarazada no es una enferma, tiene derecho a opinar y a no sufrir intervenciones invasivas innecesarias.

Acudí a clases de preparación para el parto a partir del cuarto mes de embarazo y tuve la suerte de dar con una matrona muy luchadora y reivindicativa con el parto natural, la lactancia materna, la unión de madres y padres en la crianza de los hijos e hijas, el colecho..., y muchos mitos que tenía social y culturalmente interiorizados fueron cayendo, uno a uno. Se fue perfilando lo que sería mi posterior parto y puesta en práctica de la maternidad.

En esas clases de preparación para el parto fue donde conocí la posibilidad de escribir y presentar un Plan de parto en nuestro hospital de referencia, el Hospital Clínico Universitario de Valencia. En este documento podía plasmar mis deseos a la hora de dar a luz, siempre dejando claro que es tu preferencia y que no cuestionas la competencia del personal sanitario ni te metes en su trabajo, sino que, en el caso de que no haya complicaciones *quisieras que...*

En mi caso, el deseo era evitar todo tipo de intervención que intentase acelerar el parto, como la administración de oxitocina sintética o la rotura artificial de la bolsa, deseaba no recibir monitorización permanente que me obligara a estar continuamente tumbada, no quería que me administraran un enema, ni que me rasuraran, no quería que me pusieran epidural, pensaba que era la mejor forma de ayudar a mi hija a nacer, y tampoco que me cortaran el perineo de forma rutinaria, simplemente dejar que todo fluyera por su curso natural.

El 23 de enero de 2009, menos de un mes antes de la fecha aproximada en la que tenía que nacer Lola, nuestra primera hija, presentamos nuestro Plan de parto en el hospital, junto con una carta dirigida al Jefe de obstetricia (ver Anexo 3). Nuestra primera sorpresa llegó cuando por registro de entrada lo inscribieron como *queja*, a pesar de que le explicamos que no se trataba de tal sino de la expresión de un derecho de toda mujer embarazada para que se conozcan cuáles son sus preferencias para el momento del parto y de hacerla partícipe del mismo. En menos de una semana, el 29/01/2009, recibimos la carta de contestación por parte del Subdirector médico del hospital. Como puede verse en el Anexo 4, en pocas palabras rechazaban nuestro Plan de parto aduciendo falta de tecnología, cuando en realidad demandábamos todo lo contrario, y también del protocolo necesario, diciéndonos que nos pusiéramos en contacto con el Hospital de la Plana de Villarreal, como si fuera sencillo que nos atendieran allí. Así que, con menos de 15 días de distancia con la fecha de parto aproximada, estábamos sin saber en qué hospital iba a nacer nuestra hija, porque teníamos claro que en el Hospital Clínico no iba a ser. Incluso prefería parir en casa como si no nos hubiera dado tiempo a llegar al hospital, la verdad fueron momentos llenos de incertidumbre y angustia, sobre todo para una madre y padre primerizos.

Llamamos al Hospital de Villareal para exponer nuestro caso y ver la posibilidad de ir, aunque parecía una locura. La persona que nos atendió por teléfono fue muy amable y comprensiva. Nos contó que estaban saturados. El parto natural cada día era más demandado y su hospital lo facilitaba de forma pionera en el sector público desde hacía años. Por eso recibían embarazadas que estaban de parto procedentes de toda la Comunidad Valenciana, y cuando no las podían atender eran remitidas al Hospital de Castellón o La Fe de Valencia. Imagino que eran gente como nosotros, que querían tener voz y voto en su parto, que buscaban comprensión y respeto hacia su cuerpo y el de su criatura. Esta persona nos dijo que no nos podían asegurar la atención cuando llegara el momento ya que habían limitado la asistencia al parto a las personas a quienes por zona les correspondía, lo cual era lógico y justo, pero que si estábamos cerca de allí y nos poníamos de parto...

Lo único seguro era la incertidumbre y angustia que teníamos al acercarse la fecha de parto. Finalmente una conocida nos puso en contacto con una persona que trabajaba en la Fe de Valencia desde hacía muchos años en el área de obstetricia. De esta forma conseguimos que nos cogieran allí, no era La Plana pero al menos tampoco el Clínico. Pidieron el traslado de expediente, y aunque esto no significaba el seguimiento del Plan de parto, había alguna posibilidad, ya que nos dijeron que había un grupito de matronas que fomentaban el parto natural. El día antes del nacimiento de Lola fue un día de actividad intensa y de emociones encontradas. A las ocho de la mañana tuve que ir a una cita en el centro de salud para ver la evolución del embarazo. En estas citas, tan cercanas a la fecha prevista de parto la tocóloga mide el cuello del útero y ve si ya está blando, si el feto está bien colocado..., era mi primera visita de este tipo y no me apetecía que me hicieran ninguna palpación, pero era primeriza y la médico tenía prisa así que metió su mano en mi vagina sin previa preparación, ninguna delicadeza y haciéndome un daño horrible. Me sentí violada, ultrajada y me dije a mí misma que en el parto no estaba dispuesta a dejarme hacer. Fue denigrante.

Durante el resto del día no paré, me sentía en plena forma, vital y enérgica, como a lo largo del embarazo, incluso aproveché para hacer de guía turística para un amigo extranjero que incluso llevé a subir las Torres de Serrano y al Miguelete. Al llegar casi por la noche a casa marqué un poco al ir al baño y las contracciones se hicieron más regulares. De nuevo el desconocimiento y las dudas nos hicieron pensar que estaba de parto. Tenía gracia porque nos enteramos después de la costumbre que hay en Valencia de dar unas vueltas a la Catedral para provocar el parto, en el caso de Lola fue la subida al Miguelete.

A las once de la noche nos fuimos para el hospital y nos quedamos ingresados, pasamos allí la noche, casi *sin pegar ojo*, y a la mañana siguiente nos bajaron a dilatación. Comentamos que teníamos Plan de parto y les dimos la copia, al rato vinieron dos personas del personal sanitario, no supimos si matronas o enfermeras, diciendo *tú eres la del parto natural, ya verás cuando empiecen los dolores lo que aguantas...* Menos mal que entonces pudimos hablar con la matrona que nos iba a asistir. Tuvimos mucha suerte, era una mujer que estaba muy concienciada y abierta a respetar el parto de forma natural, además, según nos contó daba clases en la Universidad y trataba de transmitir los beneficios de un parto fisiológico tanto para la madre como para el bebé. Que nosotros llegáramos con un Plan de parto fue para ella todo un reto y una motivación añadida. Durante la dilatación se acercaron otras dos personas y nos preguntaron de dónde habíamos sacado el Plan de parto, al responderles que lo habíamos elaborado mi pareja y yo, nos pidieron si podían fotocopárselo, nos llenó de satisfacción, pero también nos dimos cuenta que en este hospital tampoco era normal entregar un Plan de parto.

En todo momento la matrona nos apoyó, aconsejó, fue cariñosa y respetuosa, nos consultó todos los pasos a seguir justificando cualquier salida del plan previsto. Así respetó los ritmos fisiológicos, nos dejó caminar monitorizando sólo en momentos puntuales, estuve acompañada en todo momento por mi pareja, pude beber líquido y comer pequeños bocados, cambiar de posición... Aunque no todo fue como habíamos pensado, el parto fue muy largo y yo al final estaba muy cansada, no había roto aguas y por sugerencia de la matrona decidimos que era preferible romper la bolsa. Después disminuyeron mis contracciones, imagino que estaba tan agotada que adaptativamente mi cuerpo anuló las contracciones. Entonces la presencia de meconio en el líquido amniótico, que puede representar sufrimiento fetal, y ese relajamiento que no favorecía el progreso del parto nos hizo decidir a los tres poner unas gotas de oxitocina (no con la dosis habitual como dijo la matrona), entonces volvieron las contracciones y pasamos directamente a paritorio.

El cansancio y el dolor, pues no llevaba puesta la epidural, no me dejaron hacer el pujo final, cuando la cabecita de Lola asomaba y desaparecía, en ese "momentazo" tras unos eternos minutos, la matrona sugirió que iba a tener que hacer un cortecito, y dije que sí!! Cortó y con el grito que di y la fuerza que hice Lola salió al mundo. En seguida me la puso en la barriga y la criatura reptó instintivamente hasta el pecho y ahí estuvimos más de una hora las dos desnudas piel con piel.

Fue maravilloso, doloroso y vital, nunca podré olvidar algo así. Aún recuerdo la cara de la matrona y lo agradecida que le estuve por haberme permitido tener esa experiencia, es lo más cerca de nuestra más instintiva humanidad que me he encontrado en la vida.

Al terminar todo el parto, volvieron varias personas para darme la enhorabuena. Nosotros también se la dimos a la matrona que nos había hecho sentir casi *como en casa*. Lola nació el 13 de febrero de 2009 a las 18:15h. Para entonces la cartilla de embarazo aún no mencionaba el Plan de parto, dos años después, cuando nació Mateo, la cartilla de seguimiento del embarazo ya incluía un modelo de Plan de parto (ver Anexo 1).

El nacimiento de Mateo también vino acompañado de Plan de parto y fue asistido en La Nueva Fe, y allí sí que vimos una gran diferencia en cuanto a los equipamientos, ya que los paritorios eran la misma sala que la de dilatación, había pelotas para dilatar, silla para facilitar el expulsivo en posición vertical..., pero paradójicamente nos tocó una matrona que estuvo tensa e incluso desagradable durante todo el proceso, y cuando empezó a salir Mateo, que lo hizo sin *avisar*, la matrona se estresó mucho ya que yo no tenía la vía puesta, y menos mal que vino otra matrona, muy joven por cierto, que con una tranquilidad increíble, con cariño y buen hacer facilitó que Mateo saliera en menos de veinte minutos. En el caso de Mateo sí fue un parto totalmente de acuerdo a nuestro Plan de parto, incluso mejor, pues ni siquiera sentí dolor en el expulsivo, trabajando la respiración y la relajación, sentada y reclinada en mi pareja, en una cama que no dió tiempo a convertir en potro... su hermana había preparado el camino. Y la matrona, cuando salió la cabecita y los hombros, me sugirió que lo sacara yo misma y me lo pusiera encima. Fue diferente totalmente a la primera vez y maravilloso de nuevo.

Nuestra experiencia pretende destacar lo importante que es poder manifestar tu opinión y deseos durante esos momentos tan significativos en la vida de las personas, independientemente de que las preferencias vayan dirigidas hacia un parto más o menos natural. También destaca lo determinante que es la actitud de la persona que *te toca* en la asistencia del parto en la mayoría de los hospitales, para que sea respetado el Plan de parto.

CONCLUSIÓN

En el parto tradicional, la gestante era acompañada por una mujer experta, familiar o no, pero en cualquier caso de confianza, que guiaba y respetaba sus necesidades, ya que éstas, junto a su opinión, expectativas y deseos eran conocidos con antelación o tenidos en cuenta durante el mismo parto. En esta situación el patriarcado podríamos decir que estaba presente sólo en la asignación de tareas en las que la asistencia al parto le había tocado a ellas, pero no en la forma de realizarlo que no impedía a la partera empatizar con la gestante.

En la asistencia del parto hospitalario el panorama cambia totalmente. El patriarcado se ha adueñado del proceso. Está presente en la medicalización del parto y el intervencionismo excesivo, no justificado en contra de las evidencias científicas en los partos normales. Asimismo el patriarcado está presente en la consideración patológica de un proceso fisiológico llevado a cabo por las mujeres desde el principio de los tiempos. El sesgo patriarcal también se manifiesta cuando el ginecólogo de turno te dice el día y la hora que vas a dar a luz, a veces para cuadrar su agenda o porque simplemente se va de vacaciones. El patriarcado es responsable del miedo al parto que a través de la cultura popular, la religión, medios de comunicación, la literatura, el cine presentan a las parturientas casi agonizando por el dolor padecido, destacando una vez más a la mujer pasiva, sufridora y dependiente de la *mano del hombre*. Siendo así, es normal que se necesite la acción profesional y tecnológica del hombre en el hospital para remediarlo. La epidural es una excelente invención para paliar los dolores artificialmente intensos que provoca la oxitocina sintética administrada para acelerar el parto, otro signo del discurso hegemónico en el que la prisa y productividad masculinas están por encima de las necesidades de las mujeres.

En este contexto, actualmente es un hecho que la entrega de planes de parto es un factor que mejora la calidad de la asistencia del parto y del nacimiento (Conde *et al.*, 2009: 11). Constituye una herramienta de empoderamiento de las mujeres en el entorno hospitalario durante todo el proceso de gestación y nacimiento, pero especialmente durante el trabajo del parto normal y puerperio. Reconoce el protagonismo de las mujeres en dicho proceso, y les ofrece un foro oficial donde opinar y plasmar sus deseos y expectativas.

Los planes también refuerzan las figuras de matronas y comadrones, que son fundamentales durante todo el proceso. Ellas y ellos van a ser los encargados de informar sobre la existencia del Plan de parto, además de guiar y aconsejar sobre su redacción y presentación.

Desde una visión de género, creemos importante hacer algunas reflexiones sobre este documento.

El Plan de parto no tiene por qué estar vinculado a la búsqueda de un parto natural, sino también a uno más o menos medicalizado, por ejemplo demandando anestesia epidural. De esta forma permite visibilizar la diversidad de opiniones y preferencias respecto al proceso de parto y maternidad que tienen las mujeres, cuyos deseos y expectativas no tienen por qué estar únicamente vinculados al parto natural o fisiológico. Demostrando una vez más lo falso que resulta estereotipar una identidad femenina sobre estos aspectos *tan femeninos*.

Paradójicamente la presentación de los planes tampoco parece estar asociada a una mayor satisfacción de sus autoras (Crespillo *et al.*, 2013). Esta insatisfacción asociada al Plan de parto la interpretamos como una consecuencia natural del rol activo desempeñado por las mujeres durante su parto. Cuando la persona se siente empoderada, con capacidad de opinar y decidir también se generan una serie de expectativas que se espera y desea sean cumplidas, y que inevitablemente pueden llevar a la decepción o a sentimientos negativos cuando no es así. En comparación con la conducta expectante, la conducta activa del alumbramiento se asocia con una menor incidencia de hemorragia puerperal, menor pérdida de sangre y disminución del riesgo de transfusión de sangre (Mc Donald, *et al*, 2007). Las madres con Plan de parto tienen una actitud más proactiva, y conceden más importancia a que se conozca su opinión (Crespillo *et al.*, 2013: 90). Esa posibilidad de opinar, desear, apasionarse con lo que una quiere tiene mucho de feminista, como también los sentimientos negativos que provoca su choque con la maquinaria patriarcal. Los posibles sentimientos de pérdida o decepción son el peaje a pagar por ser reivindicativa, seguro que Olympe de Gouges también se sintió frustrada cuando demandó el reconocimiento de las mujeres como ciudadanas. Este aspecto destaca la importancia determinante que sigue teniendo el equipo obstétrico que atiende a la gestante, y especialmente la matrona o comadrón de turno que asiste al nacimiento.

Se tiene que seguir investigando para desvelar aquellos aspectos que se podrían trabajar de alguna manera para intentar garantizar la satisfacción y tratar de mejorar las expectativas de aquellas mujeres que presentan planes de parto (Crespillo *et al.*, 2013: 90), y, de esta forma, poder concretar las causas de la decepción o frustración de las mujeres que entregan este documento. Estas causas podrían tener tres fuentes:

- Las causas que recaen sobre ellas mismas: como sus altas expectativas, que no consideran la flexibilidad del Plan de parto o el cambio de opinión durante el transcurso del mismo provocando después sentimientos de frustración o culpa.
- Las causas que recaen sobre el personal sanitario y el funcionamiento de la institución hospitalaria: como pueden ser la protocolización desfasada de la atención al parto en contra de las evidencias científicas, la actitud del personal sanitario que no lo ha respetado o tenido en cuenta sin causa justificada, la información que recibe la gestante sobre el Plan de parto durante la atención primaria del embarazo, que resulta insuficiente o genera expectativas no realistas al no considerar la naturaleza flexible del mismo en el transcurso de un parto normal, o los propios recursos del hospital de referencia.
- Las causas naturales o imprevisibles: como las complicaciones sobrevenidas durante el parto que requieren la inducción del parto o un mayor intervencionismo para garantizar la salud materna y del bebé.

La escasa investigación relacionada con el Plan de parto puede deberse a lo novedoso del documento, por lo menos en España, pero también a su desconocimiento incluso entre el personal sanitario. Este desconocimiento a veces favorece su rechazo por parte del equipo obstétrico, pero también del resto de personal sanitario, que piensa que se trata de un documento propio de *hippies* o *radicales*, cuando en realidad es una sencilla desiderata respaldada por la comunidad científica desde hace más de veinte años. Se requiere más formación y concienciación entre el personal sanitario para que también sean capaces de comprender mejor a los y las pacientes y mostrar otras habilidades no tradicionalmente asociadas al ámbito sanitario, como la empatía o la inteligencia emocional. La introducción de vías clínicas en los hospitales puede favorecer esa transformación, pero también son necesarios cambios estructurales, como por ejemplo los referidos al diseño de las instalaciones en las salas de parto y paritorios, para que estén a la altura de las expectativas y preferencias de las gestantes y permitan a los profesionales una atención más diversa durante el trabajo de parto. Además de la formación y concienciación de los y las profesionales, es necesario mejorar la relación con las gestantes y sus familiares, por ejemplo haciendo charlas y visitas en los propios hospitales de referencia, o en los paritorios acompañadas de la matrona o comadrón. Asimismo, la asistencia a las clases de preparación del parto es fundamental para fomentar la comunicación con el personal de atención primaria pero también entre las mismas gestantes, y es el foro idóneo para informar sobre el Plan de parto.

El desconocimiento del documento también afecta a la población general, dificultando su generalización. Además el discurso hegemónico que ha tildado a la mujer de dependiente ha favorecido su dificultad para expresar sus deseos, que a veces la lleva a preferir que los sanitarios decidan por ella. Este hecho hace necesario educar a las mujeres para que se sientan competentes:

Una mujer competente es la que se convierte en partícipe y responsable de su propio proceso, con una mayor participación e implicación en la toma de decisiones para gobernar su propio cuerpo, aprovechando los conocimientos y los recursos del sistema sanitario (Goberna *et al.*, 2008: 10).

Si bien los Planes de parto son incapaces por sí mismos de cambiar prácticas hospitalarias, sí se les reconoce su utilidad para que las mujeres estén más informadas, desempeñen un rol activo durante su embarazo y parto, y muestren su diversidad de opiniones y preferencias respecto al proceso de parto y la maternidad.

Lo ideal sería no tener la necesidad de entregar un Plan de parto. Tal vez en un futuro, en los hospitales que prestan una atención de calidad, que fomenten la comunicación entre los y las profesionales y las gestantes, y personalicen su atención en función de la diversidad que atienden, los planes de parto carecerán de sentido (Crespillo, 2013: 56). Será en una sociedad donde las mujeres gocen de una ciudadanía plena.

BIBLIOGRAFÍA

AGUDO, Alejandra (2013) «Infertilidad voluntaria». Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/09/20/actualidad/1379705104_604726.html (fecha de consulta: 30/03/2014).

ALBEROLA CRESPO, Nieves (2012) «Una definición polémica: la identidad femenina». En: Rosalía Torrent y Sonia Reverter (coord.) *Variaciones de género*. Castellón: ACEN: 43-54.

AMORÓS, Celia (2002) «División sexual del trabajo», en Celia Amorós (dir.), *Diez palabras clave sobre mujer*, Estrella, Verbo Divino, pp. 257-296.

ARJONA, Antonio (traducción y notas). *El libro de la generación del feto, el tratamiento de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos de Arib Ibn Sa'íd*. Sevilla: Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura, 1991.

AUSTEN, Jane (1811) *Sentido y sensibilidad*, Punto de Lectura, S.L., (trad. Ana M^a Rodríguez, 2001).

- (1813) *Orgullo y prejuicio*. Alianza Editorial, S.A., (trad. Ana M^a Rodríguez, 2002).

BADINTER, Elizabeth (1991) *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós (trad. Marta Vassallo).

- KANTOR, René (2011) Entrevista a Elizabeth Badinter disponible en: http://edant.revistaenie.clarin.com/notas/2010/04/30/_-02189856.htm (fecha de consulta: 30/04/2014).

BARONA VILAR, Carmen y PLA ERNST, Eduard «La salut sexual i reproductiva amb enfocament de gènere». *Viure en salut*, núm. 92 (abril, 2012) Valencia. Direcció General d'Investigació i Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat: 13-15.

BERG, Marie *et al.* (2003) «Childbirth experience in women at high risk: is it improved by use of a birth plan? ». *J Perinat Educ.*; 12(2): 1-15.

BIURRUN GARRIDO, Ainoa y GOBERNA TRICAS, Josefina (2013) «La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía». *Matronas Profesión*; 14(2): 62-66. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16876/173/la-humanizacion-del-trabajo-de-parto-necesidad-de-definir-el-concepto-revision-de-la-bibliografia> (fecha de consulta: 12/02/2014).

BLASCO, Inmaculada (2005) «Ciudadanía y militancia católica femenina», *Ayer. Revista de Historia Contemporánea. Más allá de la historia social*. Nº. 57, Madrid: 223-246. Disponible en: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/41325299?uid=3737952&uid=2&uid=4&sid=21104113183117> (fecha de consulta: 29/04/2014).

BLASCO, Isabel (2006) «Feminismo católico». En: Isabel Morante (ed.): *Historia de las Mujeres en España y Latinoamérica. Vol. IV. Del siglo XX a los umbrales del XXI*. Madrid: Cátedra, pp. 55-75.

BOLUFER, Mónica (2010) «Madres, maternidad: nuevas miradas desde la historiografía». En Gloria A. Franco Rubio (ed.): *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)*. Barcelona: Icaria editorial. Historia y feminismo, pp. 51-81.

BORJA JIMÉNEZ, Ana *et al.* (2001) «Episiotomía media y mediolateral». *Matronas Profesión*; 2(6): 36-41. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7592/173/episiotomia-media-y-mediolateral> (fecha de consulta: 29/04/2014).

CABALLERO, Juncal (2012) «¿Privado? ¿Público? La (des)construcción de una dicotomía patriarcal». En Rosalía Torrent y Sonia Reverter (coord.). *Variaciones de género*. Castellón: ACEN, pp. 67-76.

CABRÉ, Montserrat y ORTIZ, Teresa (eds.) (2001) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII – XX*. Barcelona: Icaria.

CARAVACA, Elisabeth *et al.* (2009) «Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. Revisión de la evidencia científica». *Matronas Profesión*; 10 (1): 10-13. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/9123/173/hidratacion-y-alimentacion-durante-el-trabajo-de-parto-revision-de-la-evidencia-cientifica> (fecha de consulta 2/05/2014).

CARBÓN, Damián (1995) *Libro del arte de las comadres o madrinas*. Transcripción de F. Susarte. Alicante: Universidad de Alicante.

CARMONA GONZÁLEZ Inmaculada y SAIZ PUENTE, M^a Soledad (2009) «El bautismo de urgencia. Función tradicional de las matronas». *Matronas Profesión*; 10(4): 14-19. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/12277/173/el-bautismo-de-urgencia-funcion-tradicional-de-las-matronas> (fecha de consulta: 10/5/2014).

CARRASCO, Genís y FERRER, Joan (2001) «Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones». *Rev. Calidad Asistencial*; 16: 199-207. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/55.pdf> (fecha de consulta: 10/5/2014).

CHALMERS, B. *et al.* (2001) «WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course». *Birth*; 28:202-207. Disponible en: <https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/oms/Principios%20OMS%20cuidado%20perinatal.pdf> (fecha de consulta (20/03/2014)).

CONDE GARCÍA, Marta *et al.* (2009) «Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia». *Matronas Profesión*. 10 (2): 5-11. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/resultados-de-la-busqueda?filtergroup1_buscar=plan+de+parto&ps=0 (fecha de consulta 16/04/2014).

CONSELLERIA DE SANITAT (2009) *Estrategia para la atención del parto normal en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Generalitat. Direcció General de Salut Pública. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4572-2009.pdf> (fecha de consulta: 10/02/2014).

CONSEJERÍA DE SALUD DE ANDALUCÍA (2007) *Parto a domicilio programado. Situación actual en los países desarrollados*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consulta Específica. Informe 6.

CORONA MARZOL, Carmen y FERNÁNDEZ NADAL, Carmen M^a. (2012) «La perspectiva de género en el estudio de la historia moderna». En: Rosalía Torrent y Sonia Reverter (coord.). *Variaciones de género*. Castellón: ACEN, pp.77-85.

CRESPILLO GARCÍA, Eva *et al.* (2013) «Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres». *Matronas Prof.*; 14(3-4): 84-91. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17004/173/influencia-de-los-planes-de-parto-en-las-expectativas-y-la-satisfaccion-de-las-madres> (fecha de consulta: 5/04/2014).

CUADRI DUQUE, M^a José (1999) «Antecedentes históricos de la formación de matronas». *Híades, Revista de la Historia de la Enfermería*, nº 5-6, pp. 261- 270.

DE NAVAS, Juan (1795) *Elementos del arte de partear*. Madrid: Imprenta Real.

DE MOLINA FERNÁNDEZ, Inma y MUÑOZ SELLÉS, Ester (2010) «El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él?». *Matronas Profesión*; vol. 11(2): 53-7. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/14426/173/el-plan-de-parto-a-debate-que-sabemos-de-el> (fecha de consulta: 10/02/2014).

DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (2007) *Protocol per a l'assistència natural al part normal*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (2007) *Estrategia de Atención al Parto Normal del Servicio Cántabro de Salud*. Cantabria: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.

- (2010) *Vía clínica del parto eutócico*. Servicio Cántabro de Salud. Hospital universitario.

- (2011) *Programa control y seguimiento del embarazo (Hoja resumen del embarazo)*. Disponible en: www.sp.san.gva.es (fecha de consulta 17/04/2014).

DOHERTY, Mary Ellen (2003) «Birth plan decision-making: patterns of interaction». *Int. Journal of Childbirth Educ.*; 18(2): 27-33.

EURÍPIDES (s. V a.C.) *Tragedias*. Madrid: Gredos, (trad. Alberto Medina González, 1986).

FAME (2011) *Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres*. Pamplona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

FRAGA, Ana (1991) *De Criseida a Penélope. Un largo camino hacia el patriarcado clásico*. Madrid: Horas y horas.

- (2001) *De Electra a Helena. La creación de los valores patriarcales en la Grecia clásica*. Madrid: Horas y horas.

FERNÁNDEZ GUILLÉN, Francisca (2011) «Algunos aspectos jurídicos de la atención al parto». Disponible en: <http://franciscafernandezguillen.com/wp-content/uploads/WEB-ALGUNOS-ASPECTOS-JURIDICOS-DE-LA-ATENCION-AL-PARTO.pdf> (fecha de consulta 26/06/2014).

GARCÍA MARTÍNEZ, Manuel Jesús y GARCÍA MARTÍNEZ, Antonio Claret (2005) «Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia». *Matronas Profesión*; 6(1): 11-18. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7144/173/las-funciones-de-la-matrona-en-el-mundo-antiguo-y-medieval-una-mirada-desde-la-historia> (fecha de consulta: 2/02/2014).

- (1999) «Fechas claves para la historia de las matronas en España». *Híades, Revista de la Historia de la Enfermería*, nº 5-6, pp. 243-260.

GARCÍA MARTÍNEZ, Antonio *et al.* (1996) «La imagen de la matrona en la Baja Edad Media». *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*, nº 3-4, pp. 61-82.

GARCÍA VALENCIA, José Luis (2014) Artículo *Periódico Levante* disponible en: <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2014/03/24/cuatro-valencianos-nace-cesarea-10/1092948.html> (fecha de consulta 28/03/2014).

GIRARD, Mark (1999) «Episiotomy: a form of genital mutilation». *The Lancet*, Volume 354, Issue 9178, Pages 595 – 596.

Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)77947-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)77947-2/fulltext) (fecha de consulta: 01/06/2014).

GOBERNA TRICAS, Josefina *et al.* (2008) «Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres». *Matronas Profesión*; 9(1): 5-10. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33066/1/567531.pdf> (fecha de consulta: 1/07/2014).

GOBERNA TRICAS, Josefina (2012) «Medicalización de la vida y su relación con el número de matronas y el modelo formativo». *Matronas Profesión*. Sección Editorial; 13(1): 2-2. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16208/173/medicalizacion-de-la-vida-y-su-relacion-con-el-numero-de-matronas-y-el-modelo-formativo> (fecha de consulta: 9/05/2014).

GÓMEZ, Paloma. (2001) «Anorexia nerviosa: una aproximación feminista». En Barral Azpeitia, Díaz, González Cortés, Moreno y Yago (ed.) *Piel que habla. Viaje a través de los cuerpos femeninos: 77-110*. Barcelona: Icaria.

GONZÁLEZ CASADO, Almudena *et al.* (2004) «Efectos de la deambulación durante el parto en gestantes con analgesia epidural». *Matronas Profesión*; 5(18): 26-29.

Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7184/173/efectos-de-la-deambulacion-durante-el-parto-en-gestantes-con-analgesia-epidural> (fecha de consulta: 3/03/2014).

GRIMM, J. y GRIMM, W. (1812). *Hansel y Gretel*. Barcelona: La osa menor, 2010.

GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO DE LA OMS (1996) «Cuidados en el parto normal: una guía práctica». Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf. (fecha de consulta: 10/05/2014).

GRUPO DE TRABAJO (2009) *Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.)*. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.

Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/feced7e9-a458-11df-aeed-9fdc164fb562/GUIMaternidadLIBRO.pdf> (fecha de consulta: 20/06/2014).

HERRERA CABRERIZO, Blanca *et al.* (2006) «Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica». *Matronas Profesión*; 7(1): 27-33.

Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7046/173/asistencia-al-parto-eutocico-recomendaciones-para-la-practica-clinica> (fecha de consulta: 8/05/2014).

HERRERA CABRERIZO, Blanca y CARRERAS FERNÁNDEZ, Isabel (2005). *Guía asistencia al parto poco intervencionista*. Hospital "San Juan de la Cruz". Úbeda. Disponible en:

http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/protocolo_parto_baja_intervencion_ubeda.pdf (fecha de consulta: 25 de noviembre de 2013).

III Jornadas de Atención Integral a la Mujer y al Niño. Celebradas el 30 de noviembre de 2012. Hospital de Vinalopó.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2007, 2008): Encuesta de condiciones de vida (eCV), Madrid: INe (Población activa, 2008). Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0208.pdf> (fecha de consulta: 8/01/2014).

JIMÉNEZ-ROLDAN, M^a Francisca, *et al.* (2014) «La «qabila»: historia de la matrona olvidada de al-Andalus (siglos VIII-XIII)». *Matronas Profesión*; 15 (1): 2-8. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17101/173/la-qabila-historia-de-la-matrona-olvidada-de-al-andalus-siglos-viii-xv> (fecha de consulta: 12/06/2014).

JULIANO CORREGIDO, M^a Dolores (2003) «El mito de la maternidad». *Revista Mujeres y Salud*. Dossiers 11 y 12: A vueltas con la maternidad. Disponible en: http://mys.matriz.net/mys-1112/dossier/doss_1112_02.html (fecha de consulta: 16/04/2014).

LACAL GRANADOS, José Francisco *et al.* (2001) «Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perinatales». *Matronas Profesión*; 2 (4):27-30. Disponible en:

<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7621/173/analgesia-epidural-y-parto-resultados-obstetricos-y-perinatales> (fecha de consulta: 2/06/2014).

LAHIB DABAJ, Abdessamad (2008) *Salud e inmigración: el caso de los marroquíes en el poniente almeriense (El Ejido)*. Tesis doctoral. Granada: Editorial de la Universidad de Granada. Disponible en <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1929/1/17565753.pdf> (fecha de consulta: 7/1/2014).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 274 -15 de noviembre de 2002: pp. 40126 a 40132).

LOTHIAN, Judith (2006) «Birth plans: the good, the bad, and the future». *JOGNN*; 35(2): 295-303. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x/abstract;jsessionid=A858008A57C42801672DFD7D88672531.f04t02> (fecha de consulta 10/04/2014).

LUQUE CARRO, Raquel *et al.* (2011) «Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008)». *Matronas Prof.*; 12(2): 41-48. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/15952/173/episiotomia-selectiva-frente-a-episiotomia-rutinaria-valoracion-a-los-3-anos-2007-2008> (fecha de consulta: 1/05/2014).

MC DONALD, Sarah *et al.* (2007) «Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento». Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000007sp.pdf> (fecha de consulta: 02/07/2014).

MARÍ-KLOSE, Pau *et al.* (2010) *Infancia y futuro. Nuevas realidades, nuevos retos*. Colección estudios sociales, nº 30. Barcelona: Obra social Fundació "la Caixa".

MARÍN, Joan M. (1996) «Mujer: mito, tragedia y cotidianidad», *Asparkía. Investigació Feminista*, núm. 6 Castellón de la Plana, Institut Universitari d'Estudis Feministes i de Gènere. Universitat Jaume I de Castellón, pp. 101-115.

- (2012) «Ciudadanía y género en Grecia. Fundamentos teóricos». En: Rosalía Torrent y Sonia Reverter (coord.). *Variaciones de género*. Castellón: ACEN, pp. 55-66.

MARTÍNEZ, Ana (1994) *La profesión de la matrona según el tratado de Damiá Carbó*. Valencia: Fundación de Enfermería Internacional.

MARTÍNEZ, Gregorio (1920) *La mujer moderna*. Madrid: Estrella.

MARTÍNEZ ZAPATA, Rocío (2013) *Las enfermeras en la Guerra Civil Española*. Trabajo fin de Máster (dir. Jordi Luengo López). Máster Universitario en Investigación Aplicada en Estudios Feministas, de Género y Ciudadanía. Instituto Universitario de Estudios Feministas y de Género. Universidad Jaume I. Curso 2012-2013. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/77107> (fecha de consulta: 15/11/2013).

MEAD, Margaret. (1982). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós.

MENDELSON, C. (1946) «The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetrics anesthesia». *Am. J. Obstet Gynecol.* 52: 191- 205.

MIGUEL JUAN, Carmen (2012) «Economía, Desarrollo y Género». En: Rosalía Torrent y Sonia Reverter (coord.). *Variaciones de género*. Castellón: ACEN, pp. 205-212.

- (2013) «Economía, Desarrollo y Migraciones». Documento de los apuntes del Máster Universitario en Investigación Aplicada en Estudios Feministas, de Género y Ciudadanía. Instituto Universitario de Estudios Feministas y de Género. Universidad Jaume I. Curso 2013-2014.

MIGUEL SESMERO, José Ramón (2005) *Vía clínica del parto eutócico*. Santander: Servicio Cantábrico de salud. Disponible en: http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=92 (fecha de consulta: 10/05/2014).

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007) *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2009) *Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Oferta-Necesidad (2010-2025)*. Dirección General de ordenación profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección: 106, 117, 133, 134.

- (2011) *Plan de parto y Nacimiento*. Comités institucional y técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

MOLINA, Cristina (2003) «Género y poder desde sus metáforas. Apuntes para una topografía del patriarcado», en Silvia Turbert (ed.) *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Valencia: Cátedra-Universitat de València, páginas: 123-159.

- (1994) *Dialéctica feminista de la Ilustración*, Barcelona, Anthropos.

MOLINA REYES, Cristina *et al.* (2013) «Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado». *Matronas Prof.*; 14(1): 3-9. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16750/173/comodidad-materna-y-reduccion-del-dolor-en-mujeres-con-posicion-fetal-occipitoposterior-durante-el-parto-con-el-uso-de-l> (fecha de consulta: 9/05/2014).

MONLLEÓ PERIS, Rosa (2012) «La perspectiva de género en la Historia Contemporánea. Dos destinos diferentes para las mujeres y los hombres». En: Rosalía Torrent y Sonia Reverter (coord.) *Variaciones de género*. Castellón: ACEN, pp. 85-94.

- (2006): «Moda y ocio en los felices años veinte. La maternidad moral de las mujeres católicas en Castellón», *Asparkía Investigación Feminista*, nº 17 Temes

Valencians. Nº 14, Castellón de la Plana. Institut d'Estudis Feministes. Universitat Jaume I, pp. 197- 228.

MORENO, Mónica y MIRA, Alicia (2005) «Maternidades y madres: un enfoque Historiográfico». En Sylvia Caporalle Bizzini (coord.) *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidade(s). Una visión integradora*. Madrid: Entinema, pp. 19-63.

MUÑOZ SELLÉS, Ester *et al.* (2012) «Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto». *Matronas Profesión*; 13(2): 50-54. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16393/173/oferta-formativa-en-terapias-alternativas-y-complementarias-para-la-asistencia-al-parto> (fecha de consulta: 2/02/2014).

OLIVER RECHE, M^a Isabel y VELASCO JUEZ, M^a Casilda (2002) «La mujer y la salud reproductiva en Marruecos». *Matronas Prof.*; 7: 26-32. Disponible en: <http://www.matronas.objectis.net/area-cientifica/articulos-cientificos/la-mujer-y-la-salud-reproductiva-en-marruecos> (fecha de consulta: 4/05/2014).

OLIVER RECHE, M^a Isabel (2000) «Plantas y remedios utilizados tradicionalmente en la asistencia al parto». *Matronas Prof.*; 1 (1): 32-41. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7673/173/plantas-y-remedios-usados-tradicionalmente-en-la-asistencia-al-parto> (fecha de consulta: 4/05/2014).

ORTEGA GARCÍA, Macarena *et al.* (2009) «Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical». *Matronas Profesión*; 10(2): 25-28. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/10335/173/evidencia-cientifica-en-relacion-con-el-momento-idoneo-para-pinzar-el-cordon-umbilical> (fecha de consulta: 4/05/2014).

ORTEGA LÓPEZ, Margarita (1999) «Huérfanas de Ciudadanía, pero Guardianas de la Casa». En Cristina Sánchez Muñoz, Margarita Ortega López, Celia Valiente Fernández (ed.) *Género y ciudadanía: revisiones desde el ámbito privado*. XII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria, pp. 163-196.

ORTIZ, Teresa (1992) «Luisa Rosado, una matrona en la España Ilustrada». *Dynamis* Vol. 12: 323-346. Disponible en: <file:///J:/TFM%20LIVE/1%20APARTADO%20TFM/matronas/luisa%20rosado,%20teresa%20ortiz.pdf> (fecha de consulta: 1/05/2014).

OTAL LOSPAUS, Silvia *et al.* (2012) «El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea». *Matronas Profesión*; 13 (1): 3-8. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16209/173/el-contacto-precoz-y-su-importancia-en-la-lactancia-materna-frente-a-la-cesarea> (fecha de consulta: 5/06/2014).

PATEMAN, Carole (1995) *El contrato sexual*, Barcelona, Anthropos (traducción M^a Luisa Femenías).

PÉREZ BENITO, Laura (2006) «Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos». *Matronas Prof.*; 7(1): 14-22.

Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7044/173/manejo-del-dolor-del-trabajo-de-parto-con-metodos-alternativos-y-complementarios-al-uso-de-farmacos> (fecha de consulta: 10/06/2014).

PÉREZ CIORDIA, Ignacio (2011) «Las "no enfermedades" y la medicalización». Centro de Salud de Tafalla, Navarra. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1775/73/1v00n1775a90034643pdf001.pdf> (fecha de consulta 20/06/2014).

PÉREZ, Javier (1998) *Sexo e Inquisición en España*. Madrid: Temas de Hoy.

PETIT, Pablo (1717) *Cuestiones generales sobre el modo de partear, y cuidar a las mugeres que estan embarazadas, ó paridas*. Madrid: Imprenta de Ángel Pascual Rubio.

QUINTANA, Charo *et al.* (2010) *Atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.

REVERTER BAÑÓN, Sonia (2012) «Los estudios de género y el feminismo». En Rosalía Torrent y Sonia Reverter (coord.). *Variaciones de género*. Castellón: ACEN, pp. 15-32.

RODRÍGUEZ FERRER, Rosa M^a *et al.* Revisión sobre mortalidad materna en España. III.- Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas. Islaantilla Huelva del 22 al 24 de Octubre de 2009. Disponible: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/5da01125-2dd4-4ae7-befa-b3f71f3cc740/0a701239-a1f0-46e1-8a56-7606124be7fd/Mortalidad_materna_Islaantilla.pdf (fecha de consulta 12/06/2014).

ROMER MARTÍNEZ, José Manuel *et al.* (2002) «Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso». *Matronas Profesión*; 3(8): 33-39. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7536/173/episiotomia-ventajas-e-inconvenientes-de-su-uso>

ROMERO MARTÍNEZ, José Manuel *et al.* (2002) «Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso». *Matronas Prof.*; 3(8): 33-39. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7536/173/episiotomia-ventajas-e-inconvenientes-de-su-uso> (fecha de consulta: 20/04/2014).

RUDDICK, Sara (1989) *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press.

SALAS, Pedro Manuel (2012) «El reformismo social y sanitario de Concepción Arenal. Una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea». San Vicente Alicante: Club Universitario, pp. 150-210.

SALETTI CUESTA, Lorena (2008) «Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad». *Clepsydra*, 7: 169-183. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/14802> (fecha de consulta: 10/03/2014).

SÁNCHEZ MOLINERO, Aimón et al. (2004) «El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo». *Matronas Profesión*; 5 (15): 12-18. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7314/173/el-contacto-precoz-madre-hijo-en-el-posparto-satisfaccion-materna-y-vinculo-afectivo> (fecha de consulta: 5/06/2014).

SANFELIU GIMENO, Llum (2009) «Historia de los movimientos feministas y políticas de género». Documento parte de los apuntes del Máster en Investigación y Docencia en Estudios Feministas, de Género y Ciudadanía. Aula Virtual. Curso 2013-2014. Universidad Jaume I.

SAU SÁNCHEZ, Victoria (2003) «La maternidad ¿era esto?» *Revista Mujeres y Salud*. Dossiers núms. 11 y 12. Disponible en http://mys.matriz.net/mys-1112/editorial/edi_1112.html (fecha de consulta: 25/04/2014).

SEBGO, Pascaline (2002) «La salud de las mujeres en África en el siglo XXI: problemas y retos». En *Matronas Profesión*; 10: 4-9. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7380/173/la-salud-de-las-mujeres-en-africa-en-el-siglo-xxi-problemas-y-retos> (fecha de consulta: 3/1/2014).

SERRANO, Inmaculada (2002) «La formación de la matrona a lo largo de la Historia». Disponible en: <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/formacion.pdf> (fecha de consulta: 20/03/2014).

SÓFOCLES (s. V a. C.) *Tragedias*. Madrid: Gredos, (trad. Francisco Miguel del Rincón Sánchez, 1986).

TARQUI, Carolina y BARREDA, Antonio (2005) «Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú». *Revista Peruana de Medicina Experimental*, vol 22 (2), sección: artículos de investigación. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v22n2/a05v22n2.pdf> (fecha de consulta: 13/5/2014).

TOWLER, Jean y BRAMALL, Joan (1997) *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson (trad. María Dolores Lozano Vives).

VALLE RACERO, Juan Ignacio (2002) «El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957». *Matronas Profesión*; 9: 28-35. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7523/173/el-saber-y-la-practica-de-las-matronas-desde-los-primeros-manuales-hasta-1957> (fecha de consulta: 23/03/2014).

- (2003) «Acerca de los términos comadrón/a, matrona, obstetrix y otros». *Matronas Profesión*; 4(11): 17-19. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7372/173/acerca-de-los-terminos-comadron-a-matrona-obstetrix-y-otros> (fecha de consulta: 12/2/2014).

XUNTA DE GALICIA (2008) *Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía técnica do proceso de atención ó parto normal e puerperio*. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde.

WEBGRAFÍA

Comadronas de Chile:

<http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3062&ReturnCatID=34>
(fecha de consulta: 11/2/2014).

Datos mortalidad materna: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>
(fecha de consulta: 12/1/2014).

Diccionario María Moliner: <http://www.buscador.com/diccionario-maria-moliner/>
(fecha de consulta: 02/03/2014).

Diccionario de la lengua española (DRAE): <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
(fecha de consulta: 02/03/2014).

El parto es nuestro blog: <http://www.elpartoesnuestro.es/>

Federación Asociaciones de Matronas de España (FAME): <http://www.federacion-matronas.org/> (fecha de consulta: 02/11/2013).

Doulas - Recomendaciones de la OMS:

<http://proyectodoula.blogspot.com.es/2007/03/recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto.html> (fecha de consulta: 02/04/2014).

Grupo CRIT. Portal *SaludyCultura.com*. URL: <http://www.saludycultura.uji.es/> (fecha de consulta: 31/01/14). Grupo CRIT (<http://www.crit.uji.es>). Fecha Creación: 01/10/2009, Fecha Actualización: 14/09/2011. (fecha de consulta: 07/12/2014).

LEVANTE El Mercantil Valenciano: <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2014/03/24/cuatro-valencianos-nace-cesarea-10/1092948.html>
(fecha de consulta: 02/05/2014).

Matronas de Úbeda: <http://matronasubeda.objectis.net/> (fecha de consulta: 02/11/2013).

Parto domiciliario Perú: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v22n2/a05v22n2.pdf>
(fecha de consulta: 11/01/2013).

Plan de parto NHS: <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/birth-plan.aspx#close> (fecha de consulta: 09/06/2013).

Plan de parto subversivo: <http://www.ladyvaga.es/2011/04/el-plan-de-parto-subversivo-de-lady.html>

Plazas matronas 2014: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/09/23/pdfs/BOE-A-2013-9825.pdf>
(fecha de consulta: 11/06/2013).

Revista *Matronas Profesión*: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion> (fecha de consulta: 02/11/2013).

ANEXO 1. PLAN DE PARTO DE LA CARTILLA DE SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

Material elaborat per:
Servici de Salut Infantil i de la Dona
Direcció General de Salut Pública

Si desitjges fer qualsevol consulta
sobre les causes, riscos
i prevenció de defectes congènits,
pots telefonar al Servei d'Informació Telefònica per a
l'Embarassada (SITE)
☎ 91 822 24 36 de Madrid

PLA DE PART

El Pla de Part és un document escrit en el qual jo,
manifeste i faig constar els meus desitjos i expectatives per al moment del part i el naixement del meu fill o la meua filla. Sóc conscient que es poden produir canvis en el pla, si l'evolució del part ho requereix. La meua salut i la del meu fill o filla és el més important.

Abans d'omplir este document, he sigut informada per la comare, que m'ha proporcionat la informació i l'assessorament necessaris.

Este Pla de Part puc revocar-lo en part o totalment durant el transcurs del part.

PREFERÈNCIES EN EL PERÍODE DE DILATACIÓ

<input type="checkbox"/>	Que no m'administren un ènema
<input type="checkbox"/>	Poder anar al lavabo sempre que vulga
<input type="checkbox"/>	Que no em rasuren el pel del púbis
<input type="checkbox"/>	Que no em canalitzen una vena
<input type="checkbox"/>	Poder usar objectes personals, com ara roba, música, un llibre, etc.
<input type="checkbox"/>	Tindre llibertat de moviments
<input type="checkbox"/>	Poder ingerir líquids
<input type="checkbox"/>	Que monitoritzen el bebé de manera intermitent
<input type="checkbox"/>	Que no em trequen la bossa de les aigües
<input type="checkbox"/>	Que no m'estimulen el part amb oxitocina
<input type="checkbox"/>	Poder emprar mètodes alternatius d'alleujament del dolor, com ara suport emocional, moviment, massatges, relaxació, calor, aigua, etc.
<input type="checkbox"/>	Que m'administren l'analgèsic epidural
<input type="checkbox"/>	Que m'administren sedació farmacològica
<input type="checkbox"/>	Que se'm facen els tactes vaginals estrictament necessaris
Altres (especificar):	

PREFERÈNCIES EN EL PERÍODE EXPULSIU

<input type="checkbox"/>	Poder adoptar la posició que em resulte més còmoda
<input type="checkbox"/>	Iniciar els espoolaments de forma espontània
<input type="checkbox"/>	Evitar l'episiotomia
<input type="checkbox"/>	Pinçament tardà del cordó
<input type="checkbox"/>	Tallar el cordó el meu acompanyant o jo mateixa
<input type="checkbox"/>	Donar sang del cordó
Altres (especificar):	

PREFERÈNCIES EN L'ATENCIÓ DEL NOUNAT

<input type="checkbox"/>	Contacte precoc pell amb pell amb el meu bebè
<input type="checkbox"/>	Que les primeres atencions se li proporcionen sense separar-lo o separar-la de mi
<input type="checkbox"/>	Vull alletar el meu fill o filla
<input type="checkbox"/>	Que l'inici de la lactància materna siga precoc
<input type="checkbox"/>	Que no s'administre al nounat cap aliment ni biberó (llet, serum, glucosat, etc.)
<input type="checkbox"/>	Que el meu bebè esiga amb mi a cada moment
Altres (especificar):	

PREFERÈNCIES EN TOT EL PROCÉS DEL PART I EL NAIXEMENT

<input type="checkbox"/>	Que el part es faci en l'ambient més tranquil possible
<input type="checkbox"/>	Que es respecti la intimitat en el procés del part i que hi participe el menor nombre de persones possible
<input type="checkbox"/>	Que els professionals que m'atenen es presenten
<input type="checkbox"/>	Ser informada sobre l'evolució del part i poder participar en les decisions que es prenguen
<input type="checkbox"/>	Elegir la persona que m'acompanya durant tot el procés del part i el naixement
Altres (especificar):	

Data _____

Firma _____

Fecha _____

Firma _____

PREFERÈNCIES EN EL PERÍODE EXPULSIVO

<input checked="" type="checkbox"/>	Poder adoptar la posició que me resulte més còmoda
<input checked="" type="checkbox"/>	Iniciar els pujos de forma espontànea
<input checked="" type="checkbox"/>	Evitar la episiotomia
<input checked="" type="checkbox"/>	Pinçament tardí de cordón
<input type="checkbox"/>	Que el cordó em doni un acompanyant o yo
<input checked="" type="checkbox"/>	Donar sang de cordón
Otro (especificar):	

PREFERÈNCIES EN L'ATENCIÓ AL BEBÉ

<input checked="" type="checkbox"/>	Contacte precoc pell amb pell amb el meu bebè
<input checked="" type="checkbox"/>	Que els primers cuidadors se li proporcionen sin separar-lo de mi
<input checked="" type="checkbox"/>	Desearia amamentar a mi fill/a
<input checked="" type="checkbox"/>	Que el inici de la lactància materna sea precoc
<input checked="" type="checkbox"/>	Que no s'administre ningun aliment ni biberó a mi bebè (leche o suero, glucosat, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	Que el meu bebè permanezca conmigo en todo momento
Otro (especificar):	

PREFERÈNCIES EN TODO EL PROCESO DEL PARTO Y NACIMIENTO

<input checked="" type="checkbox"/>	Que mi parto se desarrolle en un ambiente lo más tranquilo posible
<input checked="" type="checkbox"/>	Que se respete la intimidad en el proceso del parto y la participación del menor número de personal posible
<input checked="" type="checkbox"/>	Que los profesionales que me atienden se presenten
<input checked="" type="checkbox"/>	Ser informada sobre la evolución del parto y poder participar en las decisiones sobre el mismo
<input checked="" type="checkbox"/>	Elegir la persona que me acompañe durante el proceso de parto y nacimiento
Otro (especificar):	

ANEXO 2. PLAN DE PARTO SUBVERSIVO

El Plan de Parto Subversivo de Lady Vaga

Visto el trato tan malo que nos han dado a algunas en nuestros partos, lo conservadores (por no decir otra palabra) que se ponen con el protocolo en ciertos hospitales y lo variopinto de las respuestas que recibimos cuando presentamos un plan de parto, he decidido liarme la manta a la cabeza y presentar un plan bien explícito, que no deje lugar a dudas acerca de mis convicciones y deseos. Podemos comenzar con un saludo tradicional y, a continuación, pasar a exponer nuestras ideas (aquí van sin orden ni concierto), por ejemplo:

- No deseo parir tumbada patas arriba: esta posición, además de humillante, es incómoda y dificulta el parto. Si usted, señor doctor, quiere estar cómodo durante mi parto, con gusto le prestaré mi almohadita cervical o le daré el teléfono de un buen fisioterapeuta. Pero a la hora de parir, me colocaré como me dé la gana, que para eso soy la que está en ello. ¿O usted haría el pino yendo de público a un circo para ver a los acróbatas del revés directamente, sin esfuerzo por parte de ellos? Pues eso.

- Quiero deambular durante la dilatación: no se preocupen, no pienso hacer el camino de Santiago, simplemente denme libertad de movimiento y no me molesten. Estaré por el pasillo.

- Déjenme ingerir líquidos durante la dilatación. Y no me digan que no puedo por si acaso hay que intubarme, porque por esa regla cualquiera de ustedes debería vivir en ayunas, no vaya a ser que tengan un accidente en plena calle y requieran anestesia... ¿Se imaginan tener que ayunar durante horas antes de salir de vacaciones, por si tienen un golpe con el coche?

- No me induzca el parto para terminar en la fecha y hora que a usted le convengan: puede usar sus poderes mentales para intentar convencer a mi hijo por telepatía de que salga, pero nada de meterme oxitocina a chorro sólo porque a usted le venga bien. Si tiene prisa por irse de fin de semana o a cazar, con gusto esperaré a que comience el turno otro profesional más serio.

- No me rasuren: si ustedes quieren ver señoritas depiladas, en Internet hay muchas páginas dedicadas al particular. Si a mí me incomoda el vello, lo llevaré arregladito de casa. Ah, ¿que es por el riesgo de infección? Pues no sé yo, doctor, si esos pelarros largos que tiene usted en los brazos son de PVC... Mmmh, ¿que dice que es para ver la zona donde tendrá que coserme? Pase entonces, por favor, al punto siguiente.

- No se le ocurra cortarme: vine con mis genitales intactos y es mi intención llevármelos en el mismo buen estado de revista. Si usted quiere usar la tijera, puede cortar unas guirnaldas o farolillos con los que decorar el paritorio para dar la bienvenida a mi hijo.

- No me pongan enema: si encuentro desagradable la posibilidad de "hacérmelo" delante de ustedes, yo misma me pondré un microenema en casa. Pero absténgase de molestarme con esas fruslerías durante mi trabajo de parto. Si les incomodan los residuos biológicos, harán bien en cambiar de empleo.

- No quiero tactos: sólo los mínimos imprescindibles. Adjunta encontrará la foto de mi amigo John, jugador profesional de baloncesto, que se ha ofrecido gentilmente a hacer un tacto rectal a cada persona que intente hacerme un tacto innecesario. Por supuesto, les mandará la factura por sus servicios al término de los mismos. No le den las gracias, John es así de bien dispuesto, además de medir dos metros diez.

- No me hablen como si tuviese tres años: entiendo perfectamente lo que me dicen y me gusta decidir por mí misma; sé que es un vicio feo y molesto, pero es lo que tiene haber sido criada en democracia.

- No hablen de chorradas mientras nace mi hijo: para ustedes será el trabajo de cada día, pero para mi familia es un momento sagrado. Me importa tres narices si su equipo de fútbol ganó o perdió, si la vecina del quinto pone la música alta o si su madre ha comprado una freidora buenísima. Si quisiera escuchar tonterías, pondría la tele. Cállense.

- No interfieran en mi lactancia: mi bebé no necesita leche de vaca nada más nacer, sino estar con su madre (que soy yo, por si no les había quedado claro), así que nada de biberones. Si algún miembro de su equipo tiene complejo de Ganimedes y quiere servir un refrigerio, agradeceré nos traigan la carta de vinos para escoger el más adecuado.

- No se metan en mi forma de criar: los enfermeros y enfermeras que nos visiten durante nuestra estancia en el hospital harán bien en abstenerse de proferir comentarios del tipo de "¿pero otra vez con él al pecho? Eso es vicio", "Pero, mamá, si de ahí no sale nada, toma, dale un biberón" o "No te lo metas en la cama, que luego no salen hasta que se van a la mili". En mi entorno hay un viejo aforismo: "La que quiera criar, que se preñe". Con gusto explicaré a esos profesionales las opciones a su alcance para embarazarse con un lenguaje ampliamente comprensible (es más, hay una versión "expres" de esa charla que se resume en sólo tres palabras; las dos primeras son "que" y "te", pero me ahorro la tercera porque mis padres criaron una hija muy fina).

Et voilà, ahora cerramos con una despedida divinamente educada, sacamos todas las copias que estimemos oportunas y ¡hala!, ya tenemos nuestro propio plan de parto políticamente incorrecto. Por supuesto, podemos personalizarlo en función de nuestras necesidades, añadiendo o quitando lo que consideremos oportuno. Y que nadie diga que no hemos sido bastante claras.

ANEXO 3. PLAN DE PARTO DE NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL

A/A Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico Universitario de Valencia

Respetado Doctor,

Mi nombre es M^a Dolores Vidal Vera. Soy una madre gestante que próximamente dará a luz en su Servicio. Será éste mi primer parto y, tengo la seguridad de que tanto mi bebé como yo recibiremos una calidad de asistencia sanitaria acorde o mejor a la que esperamos y necesitamos.

Se acerca mi fecha de parto, y con la esperanza de ser escuchada, me permito presentar una serie de preferencias personales en cuanto a cómo me gustaría que fuera el transcurso de mi parto durante la fase de dilatación y en la fase expulsiva, sin más pretensión que la de poder traer a mi bebé con el amor, confianza y seguridad que siento necesita.

Así pues, le hago entrega de este Plan de Parto, sin descartar una posible intervención en caso necesario.

Gracias por su atención y comprensión.
Atentamente,



M^a Dolores Vidal Vera.
C/ Travesía de la Iglesia del Rosario, 16 p.10
46011 Valencia
Tlf.: 667833381

ENTRADA SAIP

N= 56

23-1-09

PLAN DE PARTO DE M^a DOLORES VIDAL VERA

Yo M^a Dolores Vidal Vera, con n^o SIP 3325578, y fecha probable de parto 13 de febrero de 2009, manifiesto y dejo constancia de mis deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento de mi bebé. Tal solicitud se basa en la "Estrategia para el Parto Normal" del Ministerio de Sanidad, en las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

En primer lugar desearía donar la sangre del cordón umbilical, a tal efecto aportamos los documentos necesarios junto a la cartilla del embarazo el mismo día del parto.

PREFERENCIAS RELACIONADAS CON EL ACOMPAÑAMIENTO

- Desearía estar acompañada durante todo el proceso de parto por mi pareja, **Buenaventura Vázquez Gutiérrez**.
- En caso de no estar presente mi pareja desde un primer momento, desearía que me acompañara mientras tanto, mi padre **José Vidal Puchades**, mi hermana **Mercedes Vidal Vera**, o mi madre **M^a Dolores Vera Rey**.

PREFERENCIAS DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN

- Me gustaría que mi parto se desarrollase en el ambiente más silencioso y tranquilo posible, con la presencia del mínimo personal imprescindible.
- Desearía estar **informada sobre la evolución del parto** en todo momento y que se me haga partícipe de las decisiones sobre el mismo.
- No quisiera que se me realizase la ruptura artificial de membranas, a menos que se considere necesario.
- Deseo **iniciar mi parto de manera espontánea y no inducida** con ningún tipo de fármacos o maniobra.
- Deseo que el parto se desarrolle de **manera fisiológica sin estimulación farmacológica (oxitocina) o amniotomía**.
- Siempre que sea posible y no interfiera con la vigilancia del bebé, preferiría una **monitorización fetal discontinua**. Pues deseo poder moverme y cambiar mi posición durante todas las etapas del parto.
- Deseo que el número de **tactos vaginales sean los mínimos necesarios** para valorar la evolución del parto.
- Quisiera conservar la **libertad de movimientos y poder adoptar la postura que me resulte más comfortable**.
- Desearía **aliviar las molestias de las contracciones con medios naturales**, como la libertad de movimiento, las técnicas de relajación y respiración, masajes, aplicación de calor...
- **No deseo analgesia epidural**.
- Desearía poder **beber y tomar pequeños alimentos** si lo considerase necesario y el parto progresa adecuadamente.
- Es necesario mi consentimiento escrito, o el de mi pareja, para que se me administre cualquier droga intravenosa.
- **No deseo la administración de un enema, ni rasurado de periné, ni aplicación de una sonda para facilitar la micción**.

PLAN DE PARTO DE M^a DOLORES VIDAL VERA

PREFERENCIAS DURANTE EL PERIODO DE EXPULSIVO

- Me gustaría adoptar la posición que me resulte más cómoda, sin dificultar el trabajo del equipo médico.
- No quisiera que se realizase una episiotomía, salvo que fuese indispensable. Por lo tanto agradeceré apoyo o compresas calientes en el perineo. Por favor, solicite mi permiso si una episiotomía parece necesaria.
- Me gustaría el contacto piel con piel con mi hija nada más nacer.
- Desearía que el cordón umbilical fuese cortado una vez dejase de latir.
- Me gustaría iniciar el amamantamiento en la misma sala de partos.
- No deseo que se le aspiren las mucosidades al bebé si se inicia la respiración espontáneamente, ni se le introduzcan sondas rectales o lavados gástricos por ruina.
- Me gustaría que en todo momento mi hija estuviera acompañada por mí o mi acompañante.
- Desearía que no se le administrara al bebé alimento ni biberón alguno (leche y suero glucosado), sin nuestro consentimiento.

Desearía recibir orientación ya que deseo alimentar al bebé con lactancia materna exclusiva.

Firma



Fecha y lugar:

Valencia, 23 de Enero de 2009

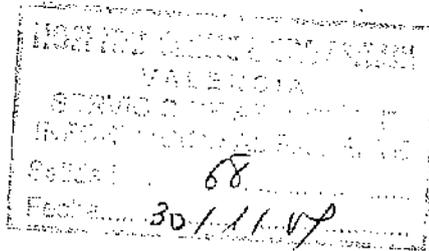
ANEXO 4. CARTA DE RESPUESTA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Hospital Clínic Universitari de València

28/01/09
JAC/II



DÑA. DOLORES VIDAL VERA
C/ Travesía de la Iglesia del Rosario nº 16-10
46011 Valencia

Dña. DOLORES VIDAL VERA.

Nos dirigimos a Vd. en respuesta a la queja nº 56, recibida en el Servicio de Atención e Información al Paciente con fecha 23 del presente mes de Noviembre, referente a la atención en su próximo parto.

Hemos trasladado su escrito al Jefe de Servicio de Ginecología, el cual nos informa que: "En contestación a su escrito le comunico, que este hospital no dispone de la tecnología que solicita, ni de los protocolos correspondientes. Puede dirigirse al Hospital de la Plana, donde atenderán su petición.

Esperamos que el presente escrito clarifique los planteamientos formulados en su petición, al tiempo que le ofrecemos nuevamente el Servicio de Atención e Información al Paciente para cuantas consultas desee realizar.

Atentamente.

POR LA DIRECCIÓN MÉDICA

D. JOSE ALEGRIA CASTELL
SUBDIRECTOR MÉDICO