



## La atención domiciliaria al parto en Andalucía

### Visiones y versiones

Serena Triuzzi

**Abstract.** – This article focuses on the narratives developed around home births as a model of care. By setting it in a framework that, by different means and mechanisms, progressively excludes midwives from assisting births, emphasis is placed on discourses and practical criteria used by those who devote themselves to home births in Andalusia. In particular, it explores the relationship between the emergence of home births as a movement, and the midwives actually working within this field. By doing so two trends are outlined, which embody different views of pregnancy, childbirth, postpartum, and more generally, health, bodies and life. [*Spain, Andalusia, medical anthropology, home birth, midwifery*]

**Serena Triuzzi**, Programa de Doctorado en Ciencias Económicas, Empresariales y Sociales, Departamento de Antropología, Universidad de Sevilla. – Master Degree in Anthropología cultural y Etnología, Universidad de Bologna, con trabajo de investigación en México.

### Prólogo

El presente texto se inserta en un proyecto de investigación más amplio, cuyo foco de atención ha sido el análisis del modelo de atención al parto domiciliario en Andalucía, tanto en sus principios y concepciones como en sus prácticas sociales. La intención de hacer dialogar los diferentes niveles que participan en la construcción, en la definición y en las vivencias del embarazo, del parto y del posparto ha guiado el entero proceso de investigación. Para ello ha sido necesario contextualizar el análisis en el marco más amplio de cambios institucionales en la atención, que siguen tendencias internacionales hacia la “humanización” de la misma, y utilizar un enfoque genealógico para indagar en los orígenes

del parto en casa en el estado Español, que emerge en relación a precisos movimientos y reivindicaciones. Ha sido por tanto imprescindible servirse de diferentes fuentes: desde la revisión de aspectos normativos, a trabajos etnográficos en otros contextos, a estudios de historia social, a datos sanitarios y demográficos, a informes de organismos internacionales sobre la atención a los partos “normales” y el papel de las matronas. Pero sobre todo se ha examinado y sometido a análisis una serie de textos producidos por las mismas matronas: desde materiales de archivo de la Asociación Nacer en Casa, a artículos en revistas divulgativas, a libros de autores y autoras que se consideran referentes para el parto en casa.

Por otra parte, la participación en un curso de preparación al parto en Sevilla, en un centro que se dedica a la asistencia domiciliaria al parto, así como a diversos encuentros y reuniones organizados principalmente por la Asociación El Parto es Nuestro, han permitido profundizar en diversas visiones e indagar en las vivencias de embarazo, parto y posparto, en relación (o no) con distintos actores médicos. A partir de este trabajo, y en parte gracias a él, se ha podido contactar y entrevistar a matronas, mujeres embarazadas, madres y algunos padres. Las entrevistas, con un formato semi-estructurado, han sido realizadas entre 2013 y 2015, y sucesivamente transcritas y analizadas. Han participado en la investigación 20 entre mujeres embarazadas y madres, 7 padres y 16 matronas en activo, que se dedican a la asistencia al parto en casa de forma organizada y continuada. A ellas se añaden profesio-

nales que han abandonado recientemente este tipo de asistencia (dos matronas y una médica); un enfermero residente, que al momento de la entrevista estaba terminando la residencia de matrona (EIR) y al mismo tiempo se formaba en el parto en casa como aprendiz de matronas “expertas”; una matrona hospitalaria que ha participado activamente en el “Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía” (*Junta de Andalucía, Consejería de Salud*, 2010); y por último una enfermera y una *doula*, que trabajan en los partos en casa conjuntamente con una matrona experimentada, respectivamente en Sevilla y en Córdoba. Estos datos se han complementados con entrevistas a representantes de asociaciones de usuarias y/o profesionales (“El Parto es Nuestro” y “Nacer en casa”) y visitas (acompañadas en ambos casos por una matrona) a dos hospitales andaluces, uno público y otro privado, éstas últimas para tener una idea general de la estructuración del espacio hospitalario.

La mayor parte de las entrevistas se han realizado en el lugar de trabajo o en el domicilio de las personas contactadas, con una duración aproximada de entre una y dos horas. Las mujeres embarazadas pertenecían al grupo de preparación mencionado y a cuyas sesiones se ha tenido oportunidad de participar. Las otras madres contactadas han parido en casa en los últimos 10 años y en distintos lugares de la Comunidad Autónoma de Andalucía (tanto de zonas urbanas como periurbanas). Se ha optado por incorporar a mujeres de diferentes áreas, asistidas en un lapso de tiempo relativamente corto y que coincide aproximadamente con el inicio del trabajo de asistencia domiciliaria de los diferentes equipos existentes en el territorio andaluz, con el objetivo de conseguir una visión más amplia del parto en casa como modelo de asistencia, desde los relatos de las madres. Las edades varían entre los 27 y los 41 años, con una edad media del primer parto a los 32 años, perfiles socio-laborales muy variables y un nivel formativo medio alto, sobre todo en el ámbito humanístico y de las ciencias sociales (con estudios en Filología, Humanidades, Ciencias Políticas, Magisterio, Sociología, Antropología, Trabajo Social) o en el sector sanitario (exclusivamente en Enfermería y Fisioterapia), aunque también se den dos casos de estudios profesionales y uno de abandono de la carrera universitaria. Cabe señalar que muchas de las madres entrevistadas han decidido dejar sus respectivos trabajos para dedicarse a la crianza durante un tiempo variable (de unos meses a varios años) y en condiciones también muy variables (desde permiso de maternidad retribuidos y periodos de excedencia reglados, a condiciones laborales más precarias y difícil reinserción posterior).

En cuanto a los padres, se incluyen a algunos de ellos en una fase más avanzada del trabajo de campo, a partir de la constatación de la importancia de su papel en el modelo de asistencia analizado. Sin embargo parece significativa la repetida dificultad de quedar con ellos para realizar la entrevista, como ya en otras investigaciones centradas en las elecciones reproductivas (Rapp 1998: 61), que reafirma la dedicación principalmente materna a la crianza y la persistente división de roles sociales según el sexo también en contextos de su parcial cuestionamiento. En el ámbito profesional de la asistencia domiciliaria, que se habrá modo de describir más detenidamente a lo largo del texto, casi todas las matronas entrevistadas son de nacionalidad española, excepto una matrona de origen (y formación) alemana y otra de origen (y formación) inglesa, y tienen edades comprendidas entre los 30 y los 50 años.

## 1 De la casa al hospital: un desplazamiento no definitivo

“Es decir, en Europa, dependiendo de dónde viva la embarazada podrá o no elegir dónde puede parir. Las regulaciones y recomendaciones son dispares. Hay países que lo fomentan [*el parto en casa*] y lo financian, otros lo ofrecen (aunque no necesariamente lo aconsejen), otros lo toleran y unos pocos ponen trabas explícitas. España lo tolera.” (*El País digital* 2014).

La asistencia domiciliaria al parto en el Estado Español constituye una práctica no amparada por el sistema de salud público, es decir sin ningún tipo de cobertura o reembolso por parte del Sistema Nacional de Salud. No está prohibida ni explícitamente prevista a nivel legal, lo que refleja y al mismo tiempo contribuye a reproducir, en relación a esta opción de parto, un halo bien de arcaísmo, bien, otra cara de la misma moneda, de exotismo, de algo que acontece en otros lugares, en países “en desarrollo”, en los que *todavía* existen parteras que asisten en casa. Un parto en casa se asocia comúnmente, por lo tanto, al pasado, a lugares otros, o a una situación accidental, no planificada con anterioridad. El hospital representa en cambio lo normal, lo normativo y hasta lo “tradicional” en los discursos tanto de profesionales como de usuarias (Gaines and Davis-Floyd 2003), a pesar de su afirmación histórica relativamente reciente (Foucault 1990: 109, 153–173), más aún en el seguimiento del proceso de embarazo/parto/posparto (Pancino 2003; Ortiz Gómez 1996; Cabré y Ortiz 1999, 2001).

La construcción de grandes maternidades en los hospitales públicos españoles se remonta solamente a los años '60–70 del siglo XX (Montes 2007; Tena

Díaz 2011), aplicando fórmulas de organización del trabajo ya utilizadas en otros sectores y ya operativas en otros países (Martin 1987; Narotzky 1995). Éstas permiten una “racionalización” de los tiempos garantizada fundamentalmente por los siguientes elementos: protocolos que establecen tiempos mínimos y máximos, uso progresivo de tecnologías médicas, figuras especializadas con tareas específicas (matronas, ginecólogos, pediatras, anestesistas) y una organización espacial que fragmenta de manera muy visual el proceso mismo del nacimiento (sala de dilatación, paritorio, habitación para la recuperación posparto, nido) (cf. Narotzky 1995: 60s.).

Sin embargo este movimiento de la casa al hospital constituye solamente el momento culminante de un proceso más lento, llevado a cabo a lo largo de varios siglos y caracterizado por la profesionalización de la asistencia al parto, anterior a su hospitalización masiva, y que no se realiza sin tensiones y resistencias. En Europa occidental es a finales de la Edad Media que empieza a reglamentarse el ámbito de la asistencia al parto, con el desarrollo de permisos y licencias para actuar como matronas, paralelo a la entrada en escena de médicos y cirujanos (Ortiz Gómez 1996, 2001; Pomata 2001; Sheridan 2001; Pancino 2003). Este proceso contribuirá a definir espacios antes bastante amplios e indefinidos, en los que no existían confines marcados entre diferentes actividades sanadoras (Cabré y Ortiz 2001).

Los procesos de profesionalización e institucionalización de la práctica obstétrica seguirán en la Edad Moderna, implicando subordinación y exclusión de las mujeres, al mismo tiempo que luchas individuales, uso de diferentes estrategias en contra de la marginación profesional, o alianzas puntuales con algunos médicos. Las comadres, madrinas o parteras, mujeres expertas en la salud de mujeres y niños/as, de hecho, no constituían un grupo organizado con identidad colectiva (Ortiz Gómez 1996), y por lo tanto los escasos testimonios tratan de figuras particulares, tales como como Louise Bourgeois en la Francia del siglo XVII (Sheridan 2001) o Luisa Rosado en la España ilustrada (Ortiz Gómez 2001) como emblemáticas de procesos históricos más amplios. Estas mujeres, que gozaron de cierto reconocimiento social, se vieron posteriormente obligadas a defender su práctica frente a tribunales.

Por otra parte, el análisis de documentación sobre casos históricos individuales no debe impedir reconocer la existencia de un conjunto de saberes colectivos, anterior a la definición misma de saberes expertos en el campo de la salud reproductiva. En efecto, a pesar de ser defendida a menudo por las mismas interesadas (matronas) como “una de las profesiones más antiguas de la humanidad” (véase,

por ejemplo, el texto escrito por dos matronas inglesas, Towler y Bramall (1997), o el artículo de Consuelo Ruíz en el Boletín 9 (2000) de *Diàlegs des de Acuario*), la conversión de la partería en profesión se configura siempre como el resultado de procesos de carácter contradictorio e inevitablemente excluyente (Craven and Glatzel 2010; Macdonald 2006; Davis-Floyd and Davis 1996; Triolo 1994).

El inicio del control biomédico sobre los procesos reproductivos coincide históricamente con la afirmación del Estado moderno y la necesidad del crecimiento poblacional en las primeras fases de acumulación capitalista, como ya señalaba Foucault (1984) en su “Historia de la sexualidad” a través de la elaboración de los conceptos de biopolítica y anatomopolítica, y sin embargo sin subrayar sus efectos muy directos en los cuerpos de las mujeres, cuestión que sí cobra centralidad en el excelente análisis histórico de Silvia Federici (2011: 137). Las figuras de parteras-matronas seguirán existiendo, y sin embargo se limitará fuertemente su posibilidad de acción, redefiniendo su papel o siendo “reclutadas para vigilar a otras mujeres.” Esta función de control sobre las parteras y de reclutamiento para vigilar los cuerpos de otras mujeres, aprovechando el reconocimiento de su autoridad entre ellas, no constituye un evento históricamente y geográficamente aislado.

Diferentes trabajos etnográficos evidencian, efectivamente, las relaciones de poder que operan entre aparato biomédico y parteras (Kaufert and O’Neil 1990; Morsy 1995; Ayora Diaz 2002; Cominsky 2001; Huber and Sandstrom 2001) y el uso instrumental aunque no siempre efectivo de estas figuras en los programas de planificación familiar fomentados por las agencias internacionales a partir de los años ’60 del siglo XX (Sargent and Rubel 1976; Sessia 1996; Cominsky 2001). En los países de América Latina, así como en otros del hemisferio sur<sup>1</sup>, las parteras tradicionales o empíricas (como más a menudo se autodefinen) o TBA (“traditional birth attendant”), como las definen los organismos internacionales, han sido meta de cursos de formación de enfoque biomédico, muy criticados y cuyo objetivo declarado ha sido siempre la reducción de la mortalidad materna (Davis-Floyd and Jenkins 2005).

Salvando las debidas distancias y las inevitables diferencias entre contextos históricos-culturales diversos, y más allá de las capacidades de agencia y resistencia de las mismas interesadas a nivel individual o colectivo, lo que aquí interesa subrayar, como

1 Se entiende aquí por hemisferio sur una categoría discursiva, que refleja un espacio histórico, social, político y económico más que meramente geográfico.

elementos claves de un proceso complejo que lleva a la afirmación del control biomédico sobre los diversos aspectos de la procreación, y antes de pasar a la situación particular del estado Español, son los siguientes puntos:

- a) el reconocimiento parcial de los saberes de las parteras y/o su defensa “folclórica” dentro de un marco jerarquizado, en el que el sistema biomédico de atención está en el vértice y define los criterios de validez;
- b) la reducción de sus funciones, previa o no incorporación al sistema biomédico (correlato del punto anterior);
- c) su uso instrumental para controlar las funciones reproductivas en base a precisos intereses político-económicos;
- d) la marginación progresiva del parto in casa;
- e) la morbi-mortalidad materno-infantil como excusa para esta marginación.

Esto permite por un lado reconocer la dimensión política de funciones aparentemente tan íntimas como la procreativa (cf. Ginsburg and Rapp 1991, 1995; Rapp 2001), y por otro lado visibilizar la construcción no lineal y más bien conflictiva de campos de conocimiento como el de la obstetricia y de profesiones sanitarias históricamente feminizadas, como la de las matronas. Más allá aún permite reconocer el paso de la casa al hospital como momento clave, definitivo en marcar los límites profesionales entre médicos y matronas<sup>2</sup>, y en limitar la autonomía de éstas.

Si nos centramos en el estado español, entre finales del siglo XIX y principios del XX, diversas normativas regulan la formación de las matronas, estableciendo requisitos morales para acceder a la profesión, como ya anteriormente en los intentos de reglamentación del Protomedicato, y consolidando la obediencia a los dictámenes médicos como parte integrante de la formación (Montes-Muñoz et al. 2013: 180 s.). Sin embargo hasta mediados del siglo XX la gran mayoría de los partos siguen dándose en los domicilios, asistidos por matronas, lo que supone cierta autonomía y la capacidad técnica de resolución de problemas, a pesar de un aprendizaje en el que se sitúan como ayudantes del médico (Orengo Díaz del Castillo, 1953, citado en Montes-

Muñoz et al. 2013) y de una aceptación de la jerarquía médica ausente en los estudios que se refieren a los siglos anteriores (Montes-Muñoz et al. 2013).

Con la hospitalización masiva de los partos la matrona adquiere una función claramente subsidiaria, explicitada en el Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, de 1973. En él, en los artículos de 65 a 69, se definen las funciones de estas profesionales, insistiendo reiteradamente en su papel de auxiliar del médico, que cumplimenta las instrucciones recibidas y los tratamientos ordenados por éste (cf. Fernández y Canales 2012: 7 s.). En particular, su papel en los partos normales dependería del reconocimiento médico de que un parto pueda efectivamente considerarse normal, dejando sobrentender la incompetencia de las matronas para ello (artículo 67, apartado 2):

Asistir a los partos normales *en los casos en que por el Médico se haya comprobado la normal evolución clínica de aquellos*, viniendo obligada a avisar al Médico sin pérdida de tiempo y bajo su responsabilidad, en cuanto observe cualquier anomalía en su evolución. [cursiva mía]

El actual reconocimiento legal de la autonomía de la matrona como profesional sanitario es por lo tanto un hecho relativamente reciente y con una historia algo rocambolesca. En efecto, la falta de adecuación curricular a la normativa europea y el consecuente recurso del Tribunal de Justicia de la CEE, produce un cierre de las escuelas de matronas en 1987 hasta la Orden de 1 de Junio de 1992, que se pondrá en marcha solamente dos años más tarde (Terré Rull 1997). Las repercusiones de esta reordenación tardía de titulaciones constituye un momento de inflexión, que generó “cierta crisis” en la profesión (“The Boston Women’s Health Book Collective” 2000: 487).

Sobre esta base se desarrolla la normativa actual, en la que las funciones de las matronas quedan ampliamente definidas, reconociéndose su autonomía en los “partos normales”, sus funciones en la detección de anomalías y riesgos, y su papel en la salud materno-infantil, así como en diferentes aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (FAME, 2010).

Sin embargo la indefinición de otros ámbitos competenciales en la atención al embarazo/parto/posparto (en adelante: e/p/p), como por ejemplo en la especialidad médica de Ginecología y Obstetricia, hacen difícil y al mismo tiempo necesario delimitar los ámbitos de actuación específicos de cada figura (Fernández y Canales, 2012: 21).

Por otra parte, la supuesta autonomía queda supeditada al respeto de sus funciones, en una realidad

2 Utilizo el masculino para médicos y el femenino para matronas por cuestiones históricas y numéricas. Con el término matrona, que uso con mayor frecuencia en el texto, me refiero a una profesión con un *curriculum* formativo reglamentado: título de enfermera especialista en enfermería obstétrico-ginecológica (*matrona*), a pesar de que varias de las entrevistadas, entre las que se encuentran también un hombre, prefieran utilizar la palabra *comadrona*.

bastante más compleja, en la que no todas están dispuestas a asumir estas funciones (ni todas han sido formadas para ello), no siempre se les reconocen (ni por parte de otras figuras profesionales, ni por parte de las usuarias) y a menudo existen tensiones y conflictos entre las mismas matronas, que reflejan visiones diferentes de la práctica obstétrica.

Al contrario, la atención domiciliaria conlleva actuar de forma independiente y asumir plenamente las competencias profesionales legalmente definidas para las matronas y las responsabilidades que éstas implican. Y sin embargo la situación de marginalidad o, mejor dicho, de marginación, que se ha pretendido evidenciar anteriormente, produce una condición de alerta continua, en la que deviene primordial justificar la seguridad de esta práctica. De hecho, numerosos son los estudios, utilizados por detractores y sostenedores, que la analizan exclusivamente en términos de riesgo/seguridad (entre otros: Wiegers et al. 1996; Johnson y Daviss 2005; De Jonge et al. 2009; y para el estado Español: Ruiz-Callado et al. 2012).

A pesar de que las causas de mortalidad materno-infantil se hayan atribuido repetidamente a otros factores, que no dependen del lugar donde acontece el parto,<sup>3</sup> muchos ginecólogos siguen defendiendo la tesis de la peligrosidad del parto domiciliario y de la función “salva vidas” del hospital (valga de ejemplo la declaración del presidente de la SEGO, que atribuye el descenso de la mortalidad materno-infantil a la tecnificación médica, aunque también reconozca sus excesos, en el reportaje del “País digital” citado al principio). Además la prensa no puede evitar titulares sensacionalistas cuando se verifica alguna muerte en casa siendo emblemático, por generar gran cantidad de polémicas, el caso de la australiana Caroline Lowell, en 2012. En todo caso, si bien establecida como opción minoritaria, cubierta por el sector privado, la continuidad en la existencia del parto en casa demuestra que el hospital no se afirma de manera definitiva ni uniforme en todos los contextos.

Figuras como las de Consuelo Ruiz, considerada precursora y referente para muchas de las que hoy asisten partos en casa en el estado español, y presidenta honorífica de la Asociación Nacer en Casa, muestran la ausencia de saltos en la historia, así como la falacia de una total sustitución de la casa por el hospital como lugar del parto.

3 Para una reflexión general que retoma diversas investigaciones se consulte Narotzky 1995: 59–60 e Inhorn 2006: 357; para un ejemplo de estudio etnográfico que analiza factores específicos en un contexto particular: Freyermuth Enciso 2003.

En ámbito andaluz, se ha detectado la presencia de matronas que han seguido asistiendo en casas a pesar de la transferencia oficial de sus competencias laborales a un contexto hospitalario, aunque introduciendo en la casa algunas de los procedimientos típicos del hospital: posición litotómica, uso de cuña, inmovilidad. Será a partir de los años '80 que la asistencia domiciliaria asumirá en muchos casos otras características, marcando el inicio de nuevas perspectivas (analizadas en el epígrafe 3) que constituyen, al menos en parte, la base sobre la que se desarrolla actualmente la asistencia domiciliaria al parto en Andalucía, que será objeto del último apartado.

## 2 Parir en casa en Andalucía: algunas características básicas de la atención profesional

Las matronas que atienden partos en casa en Andalucía no constituyen un grupo homogéneo ni organizado. No mantienen relaciones de tipo corporativo frente a otros interlocutores ni encuentros para intercambiar informaciones, más allá de algunas relaciones puntuales de carácter personal. Trabajan de forma localizada, en sus respectivos territorios de actuación (con un margen de desplazamiento variable para asistir los partos) y suelen funcionar en equipo (de un mínimo de dos matronas).

A pesar de estas características, que conllevan cierto grado de aislamiento, saben unas de la existencia de las otras, pueden remitirse mujeres en búsqueda de alguien en su zona para asistirle el parto y pertenecen, varias de ellas y al menos una por lugar/equipo, a la Asociación Nacer en Casa, que aglutina a profesionales de todo el estado. Los diferentes grupos que trabajan en territorio andaluz se han constituido en los últimos diez años, y sin embargo algunos cuentan con matronas experimentadas en la asistencia domiciliaria, que empezaron a atender partos en casa ya en los años '80 y '90, en diferentes puntos del estado, con grupos como Génesis (en Madrid) y Titania-Tascò (en Barcelona) y continuaron de manera solitaria (es decir, sin un equipo de trabajo), en Andalucía. Es importante señalar que no se pretende enumerar de forma exhaustiva a la totalidad de profesionales que trabajan en este ámbito, y que aquí se hace referencia solamente a aquellos que ofrecen sus servicios de forma continuada y estructurada, aunque también existan matronas que, de manera puntual, hayan acompañado partos en domicilios, respondiendo a la petición concreta de algunas mujeres.

Instaladas en las provincias de Sevilla (Gines), Granada, Málaga, Cádiz (La Muela de Vejer y Conil

de la Frontera) y Córdoba, las matronas que conforman estos equipos casi nunca se dedican exclusivamente a la atención domiciliaria, complementando ésta con trabajo en hospitales o centros de salud. En efecto solamente el proyecto Vidar, de Sevilla, se ocupa únicamente de parto en casa, como centro alrededor del cual se desarrollan distintas actividades. En Málaga, donde existe un equipo de cuatro matronas, y en Granada el grupo Ocean, constituido actualmente por ocho matronas, la actividad en los servicios de salud públicos se compagina con la privada en los domicilios de las embarazadas/parturientas, a través de un calendario de guardias que permite la organización interna. Entre estos dos modelos, de “exclusividad” y de “complementariedad”, se colocan los otros proyectos, en un amplio abanico de opciones laborales y organizativas. Las metodologías de trabajo suelen variar bastante, dependiendo, entre otras cosas, del volumen de la demanda y de la consolidación del equipo. En parte, pero, como se verá más adelante, estas diferencias se deben a y al mismo tiempo producen visiones diversas sobre el proceso mismo de embarazo/parto/posparto, y por ende sobre la salud y la vida.

Es preciso tener en cuenta algunos rasgos fundamentales comunes a quien trabaja de matrona en partos domiciliarios, a saber: el respeto hacia el proceso fisiológico del parto reconocido como momento vital de cierta trascendencia y no como acto médico; la centralidad de las necesidades de mujeres y bebés, estos últimos reconocidos como sujetos conscientes; la importancia del papel que asume la pareja de la embarazada en todo el proceso.

Estos principios implican determinadas maneras de proceder, también comunes, con intervenciones mínimas y un uso selectivo de las tecnologías biomédicas, una dedicación temporal elevada<sup>4</sup>, un seguimiento muy individualizado y adaptado a las exigencias de cada mujer y la tendencia a considerar este tipo de atención algo más que un trabajo, desde una visión vocacional o político-militante en un sentido amplio.

De hecho todas coinciden en las dificultades laborales inevitablemente ligadas a esta forma de asistencia, por la presión social general y la del sector médico en particular, que se refleja en posibles tensiones y conflictos directos o indirectos (a través de las mujeres asistidas); por un tema de insostenibilidad económica (límites e inestabilidad de la deman-

da); por la dedicación que conlleva, ya que suelen estar disponibles las 24 horas (“de guardia”) desde la semana 37 a la 42 de cada gestación, además de ofrecer asesoramiento telefónico en cualquier momento del proceso; y finalmente por la responsabilidad y la vinculación emocional que implica. Estas motivaciones interactúan entre ellas produciendo, en más de un caso, el abandono de la actividad.

Antes de adentrarme en las condiciones y criterios establecidos para la asistencia domiciliaria, en la variabilidad de los límites profesionales y por ende en una también variable noción de seguridad, se ahondará en la construcción de una narrativa común en el parto en casa, a partir del análisis de diferentes materiales<sup>5</sup>, con el objetivo de situar discursos y prácticas actuales.

### 3 Continuidades y discontinuidades: ¿pioneras o dinosaurias?

En el Congreso para el 25 aniversario de Nacer en Casa (25–26 de mayo de 2013, Madrid), en la ponencia inaugural, la médica homeópata María Fuentes, una de sus fundadoras, traza el recorrido de la misma a lo largo de los años. Su pretensión es activar una memoria colectiva, a través de sus propios recuerdos, y dejar así un legado para las generaciones más jóvenes, de las que se considera, de alguna manera, “madre”. En este viaje a través del tiempo, que es también un viaje emotivo, en el que enseña imágenes y fotos de los inicios, identifica los orígenes del parto en casa como movimiento en el estado español. La Asociación Nacer en Casa sería, por lo tanto, solamente “la punta de iceberg”, una manifestación concreta de un movimiento que se gestó en un momento histórico-político determinado, anterior a la formalización como figura jurídica de la Asociación, en 1988.

Es decir, se ubicaría en el periodo posfranquista, en una época en la que la asistencia hospitalaria al parto ya se había afirmado de manera clara y aparentemente irreversible, y en un momento de subordinación explícita de la matrona dentro de la organización jerárquica de cada hospital.

Si por un lado en la ponencia se reconoce la proximidad histórica del parto domiciliario, ya que “hasta los años ’50 los partos eutócicos los asistía las comadronas”, también se produce un distancia-

4 Los encuentros con mujeres y parejas, por ejemplo, suelen tener una duración de entre una y dos horas, frente a las consultas en los Centros de Salud, de una duración media de 10–15 minutos. Así mismo la disponibilidad en el periodo posible de parto es prácticamente total, siendo las matronas localizables las 24 horas.

5 En particular, se utiliza el análisis del audio de las ponencias del Congreso para el 25 aniversario de Nacer en Casa (2013), material de archivo de la Asociación y revisión de revistas divulgativas (*Diàlegs des de Acuario*, núm 3–18 y *Obstare. El Mundo de la Maternidad*, núm. 1–19).

miento de esta época, en las que las condiciones de asistencia podían ser “duras y difíciles”, y no se disponía de los mismos medios actuales, ni a nivel técnico, ni de transporte, ni de las mismas estructuras hospitalarias.

El parto en casa, nace, entonces, o mejor dicho, resurge como movimiento, a partir de una crítica que es eminentemente política, en el marco de la efervescencia socio-política y cultural de finales de los años '70 y principio de los '80. En la mencionada ponencia se coloca más específicamente su origen en los movimientos feministas y de la no-violencia, en los que participaban varias de las que decidieron dedicarse a este tipo de asistencia, y también varias de las mujeres que la demandaban: “Eran movimientos políticos que obviamente se oponían a la dictadura y al fascismo, por las libertades, y en este contexto sobre todo desde los ámbitos de la no violencia y desde los ámbitos del feminismo nos fuimos encontrando, nunca por casualidad, pero aparentemente por casualidad, algunas de nosotras”.

Se pueden identificar, por tanto, por lo menos dos objetivos diferenciados: uno, en línea con las reivindicaciones feministas, de reapropiación y control sobre los procesos reproductivos de las mujeres, a partir del fomento del autoconocimiento y de la autogestión de la salud; otro, aplicado más bien a quién nace, y en línea con los movimientos de no violencia, de posibilitar nacimientos menos traumáticos (y aquí el texto referente por excelencia es el de Frederick Leboyer, “Por un nacimiento sin violencia” (1983).

Estos mismos orígenes ideológicos y activistas (feminismo y no violencia) son los que reconoce, en la revista *Obstare* (2001: 62), Mercedes Serrano, otra de las fundadoras de la Asociación Nacer en Casa, como motivos de sus inicios en la asistencia domiciliaria. Efectivamente, a partir de un análisis de material de archivo la misma Asociación de finales de los años '80 y principio de los '90 (convocatorias y actas de asambleas, cartas, recopilaciones de datos, además de artículos, ponencias y transcripciones de entrevistas en programas de radio o televisión) emerge la construcción colectiva de “otra forma” de atención, ni anclada al pasado ni totalmente contraria al uso de tecnologías y conocimientos biomédicos. La creación de la Asociación parece responder precisamente y en primer lugar a la necesidad de romper el aislamiento de aquellas profesionales que trabajan asistiendo partos en casa, entre muchas inseguridades, en distintos lugares del estado. Me referiré a dos tipologías de textos, como emblemáticos de esta construcción de formas de atender y narrativas compartidas: a) convocato-

rias y actas de asambleas; b) entrevistas en radio/televisión.

Del análisis de convocatorias y actas se pueden extraer algunas conclusiones generales. La puesta en común de experiencias e informaciones parece constituir una constante en cada reunión; el afán investigador, la búsqueda continua de datos, de referentes de otros países se refleja en traducciones “caseras” al castellano de textos en otros idiomas, fotocopiados y difundidos entre las socias/os; a la necesidad de resolver problemas concretos que puedan presentarse en el proceso de e/p/p se le responde también con la organización de cursos de formación específicos o con la participación en encuentros y congresos internacionales y la transferencia de informaciones a todo el grupo a través de las mismas reuniones o con resúmenes por carta. La dificultad de acudir a estas asambleas también se repite una y otra vez. Los esfuerzos económicos y organizativos demuestran, por otra parte, la importancia que se les atribuye. Las reuniones se celebran a menudo en casas o en las sedes de trabajo de alguna de las personas socias, se pide traer sacos de dormir, se incluyen mapas dibujados a mano, se da disponibilidad para recoger en aeropuerto a quien llega de más lejos.

A la necesidad de intercambiar materiales e informaciones, también evidenciada por otra de las ponentes en el mencionado Congreso, María Jesús Montes, se añade el valor inestimable de estos encuentros para la reflexión, la autocrítica y el apoyo anímico y emocional entre profesionales que a menudo se enfrentan a situaciones de conflicto o estigma. De hecho, en una de estas cartas de convocatoria, de noviembre del 1990, se propone un cuestionario centrado en la experiencia personal de cada profesional, en el que se reflejan algunas cuestiones problemáticas de la asistencia domiciliaria. En particular, del punto 3 al 6, se incide en las posibles dificultades de esta opción laboral, que coinciden fundamentalmente con los que se han previamente considerado como posibles motivos de abandono de la actividad, a saber (cito literalmente):

- repercusión de este tipo de trabajo en tu vida cotidiana;
- miedos de los que eres consciente que vives durante ese tiempo-momento;
- cuestionamientos que has ido sufriendo en lo personal y en lo profesional a lo largo de tu trayectoria;
- dificultades actuales: infraestructura, problemas legales, técnicas; psicológicas y emocionales.

Si bien el tono de las cartas es siempre muy cariñoso, y en los encuentros se pretende dar espacio

a la situación vital y anímica de cada cual, esto no excluye la presencia de debates encendidos sobre temas específicos, entre ellos la definición de criterios comunes para recopilar datos estadísticos y el intento repetido de definir protocolos de actuación.

En las palabras de María Jesús Montes: “había que inventarse todo”. El cuestionamiento de la práctica hospitalaria y de la formación recibida, también hospitalaria, obligaba a reinventarse continuamente, para responder a cuestiones muy concretas tales como cuánto tiempo esperar en un parto, cómo hacer un traslado, si era realmente posible no efectuar episiotomías, cuántos partos era conveniente atender. Las respuestas venían, en muchos casos, de la práctica y del aprendizaje vivencial con las mujeres, sucesivamente elaborado y compartido, permitiendo, entre otras cosas, un desplazamiento progresivo de los límites temporales de un parto, en un sentido inverso al acontecido en hospital (Wagner 2001b: 13; Narotzky: 60s.).

En cuanto a la otra tipología de textos propuesta, se trata de las transcripciones de entrevistas en programas de radio y televisión, la gran mayoría al grupo de matronas Génesis, de Madrid, en un lapso de tiempo relativamente corto (del año 1988 al 1992).

Estas transcripciones, realizadas por las mismas entrevistadas, tienen por objetivo explícito (como se deduce de una nota en una de ellas, en la que se piden “revisión y comentarios”) recopilar críticas y aportaciones de otras socias, dejando suponer la existencia de sucesivas discusiones y evidenciando la construcción colectiva de narrativas sobre el parto en casa. La incorporación de estas críticas se puede notar fácilmente en los textos más tardíos, en los que se asume un profundo cuidado en el lenguaje utilizado.

En los documentos más antiguos se critica duramente, por ejemplo, con subrayados en el texto y comentarios laterales, añadidos con bolígrafo: un lenguaje paternalista y autoritario; la imagen del parto en casa como parto más doloroso; el transmitir la idea de que todas las mujeres no quieren intervenciones (y por lo tanto se las forzaría siempre, figurando sólo como víctimas y sin capacidad de agencia); el aparecer las matronas de parto en casa como “salvadoras”; utilizar expresiones como “sacar el niño” o “hacer partos”; dar una impresión negativa, de escasez e insuficiencia en la descripción de la metodología de trabajo (por ejemplo: “sólo damos una clase semanal”, “*simplemente* le sirve de apoyo y concretamente el marido puede escuchar al niño si quiere”, referido al papel del padre, cursiva mía); limitar las funciones paternas a una “colaboración”; o simplemente la poca claridad en las respuestas facilitadas.

En las transcripciones posteriores se va configurando un discurso más complejo, en el que, entre otras cosas, las figuras profesionales pierden protagonismo, al mismo tiempo que se va definiendo una metodología de trabajo específica durante el embarazo; el padre asume mayor importancia, participando activamente en todo el proceso, cubriendo funciones diversas, ofreciendo apoyo emocional y aprendiendo a manejar algunos instrumentos sencillos para el control del bienestar fetal; se habla de “recoger” al bebé y de “acompañar” o “atender” partos. En definitiva se devuelve protagonismo a las mujeres, se reconoce el papel de padres y bebés, en un acontecimiento que es vital y familiar, antes que médico, y se va delineando la importancia de un aprendizaje progresivo y experiencial, precisamente gracias a la observación y la escucha, a partir del presupuesto de una deconstrucción necesaria de lo aprendido.

Si se puede afirmar que el parto en casa nunca ha dejado de existir, y asumir la crítica de una de las informantes del trabajo de campo, que rechaza el término extrahospitalario, para defender la unicidad del modelo de asistencia domiciliaria, es decir para sostener que se define por sí mismo y no en relación al hospital, al mismo tiempo resulta evidente que la construcción reflexiva y creativa aquí expuesta supone ciertos elementos de discontinuidad con el pasado. Retomando las palabras de una comadrona francesa que, más o menos en la misma época (años '70), y respondiendo a una misma demanda de mujeres embarazadas en Francia, se preguntaba si las que estaban dedicándose a la atención domiciliaria eran unas “pioneras” o más bien unas “dinosaurias”, que volvían a un pasado superado (en el film documental “Loba”, de Catherine Bechard), se puede concluir que aquí las dos dimensiones coexisten, en una reelaboración que pretende tanto recuperar los conocimientos de aquellas comadronas que asistían en casa en los años '50, como en el caso de Consuelo Ruíz, como seguir construyendo a partir de contextos y exigencias específicas. El breve recorrido por los inicios del movimiento de parto en casa a finales del siglo XX, a través de su principal referente asociativo, permite encuadrar y analizar las representaciones y prácticas actuales. Algunas de ellas derivan, directa o indirectamente, de estas primeras elaboraciones, fruto del trabajo asociativo de Nacer en Casa, que tiene sus raíces en movimientos socio-políticos. Otras se distancian más o menos conscientemente de este “relato compartido”.

A día de hoy Nacer en Casa no recoge a todos los grupos y personas individuales que asisten partos domiciliarios en el estado español, y sin embargo sigue funcionando a veces de enlace entre mujeres embarazadas y matronas, y en Andalucía se man-

tiene como referente asociativo para la mayoría de profesionales que trabajan en este ámbito, aunque con niveles de participación muy diferenciados. En este apartado se pretende señalar por un lado la variabilidad de *discursos* que se producen alrededor del parto en casa, que pueden distanciarse de esta narrativa compartida que se ha intentado esbozar anteriormente, y por otro cómo la variedad de *cri-terios* para asistir en casa refleja y al mismo tiempo es el reflejo de distintas visiones sobre el proceso de e/p/p y, en última análisis, sobre el cuerpo y la salud de las mujeres.

#### 4 Discursos: de la crítica radical a la opción de servicio

La dimensión política y militante del parto en casa, que se ha habido modo de subrayar, sus orígenes como movimiento que reivindicaba la autonomía de las mujeres en sus ciclos reproductivos, fomentando el autoconocimiento del cuerpo y la autogestión de la salud, más allá del parto (cf. Villena Toledo 2001 y el celebre “Nuestros cuerpos, nuestras vidas” 2000 ) y que partía de una crítica al parto hospitalario como acto violento no solamente hacia las mujeres sino también hacia quién nace, se ha ido progresivamente y parcialmente difuminando.

Muchas de las matronas entrevistadas, de hecho, no identifican en absoluto el parto en casa con un movimiento organizado, como sí resulta en estudios etnográficos en ámbito norteamericano (Inhorn 2006: 357; Cheyney 2011: 536; Macdonald 2006), aunque es interesante también recalcar el desplazamiento del discurso hacia los derechos del consumidor/a en un contexto de afirmación neoliberal (Fannin 2006; Craven 2007).

Por otra parte en muy pocos casos se refieren a la medicalización del proceso de e/p/p como una denuncia surgida en el seno del movimiento feminista, y cuando lo hacen temen equivocarse o ser malinterpretadas.

La no identificación con una dimensión política reivindicativa queda clara en las palabras de Patricia, matrona de 42 años, que la atribuye al pasado, negando su función en la actualidad:

Entonces [en los años '70 y 80] hay mujeres, parteras que se forman fuera y de manera autodidacta para seguir asistiendo a las mujeres en casa porque ..., porque era un derecho de la mujer, uno de los derechos que se habían cepillado, como otras tantas cosas. Entonces en este momento creo que quizás sí, pero ahora creo que no. Ahora no creo que sea tanto una reivindicación de un carácter así, como más político, sino más de mujer, independientemente de la ideología.

Parece relevante notar como la dimensión política se reduce aquí a un aspecto ideológico que fundamenta una reivindicación de carácter jurídico-legal.

Así mismo Francisca afirma:

Porque por ejemplo el otro día me reúno con una parte de las feministas y me dicen: pero es que otra vez volver a criar los hijos y estar atada a nivel social es volver atrás. Porque nosotros queríamos salir fuera a la calle. Entonces de repente tienes un hijo y te bloquea tu parte de trabajo, bloquea tu salida al mundo y ya eres una mujer ... una maruja. ¿Entonces cómo encaja esto en el feminismo? (Francisca, 53 años)

Las luchas feministas, cuando se nombran, se identifican con la igualdad de derechos en el mundo laboral, utilizando el masculino genérico y priorizando claramente el trabajo remunerado sobre otros aspectos, muy a pesar de los debates internos y fructíferos sobre esta cuestión, tanto a nivel de movimientos de base como a nivel académico (Méndez 2007; Federici 2014). Sin embargo estas mismas matronas, de las pocas que se han “atrevido” a utilizar la palabra feminista, admiten la persistencia de formas de violencia contra las mujeres en las instituciones sanitarias.

Por ejemplo, a la hora de hablar de violación del principio de autonomía del paciente en las mujeres embarazadas y en las parturientas y de violencia obstétrica (que en algunos países, como Venezuela, Argentina y México, se ha tipificado como forma de violencia de género), Patricia utiliza estas palabras:

Es muy curioso, muy muy curioso, cuando tú vas al hospital, a cualquier otra especialidad que es médica, o sea que cuando tú vas al traumatólogo porque tienes una patología, o cuando vas al digestivo es porque tienes una patología, y ahora resulta, salvando algunas excepciones, que el señor o la señora te explica muy amablemente qué es lo que te pasas, qué opciones tienes, y no se enfada porque tú digas que no te vas a tomar el tratamiento, cuando estás hablando de patología. Esto en la Obstetricia no ocurre. Te echan los perros encima, que si estás poniendo en peligro tu vida, que si estás poniendo la vida de tu bebé en peligro” (Patricia, 42 años).

Por otra parte, se defiende también la importancia de un enfoque feminista en salud, aunque se considere poco presente a un nivel oficial-institucional:

Es desde el feminismo de la calle, por así decirlo, sin estar con una ideología y alguien que te diga lo que tienes que pensar como movimiento feminista. ¿Sabes? Entonces yo me considero feminista, pero no desde ahí. Y sale sobre todo desde la salud de las mujeres (Francisca, 53 años).

Y efectivamente la institucionalización de las reivindicaciones feministas, su reducción a “políticas

de igualdad” así como la introducción del concepto de género en políticas nacionales e internacionales han producido un distanciamiento del activismo organizado y un desconocimiento o confusión general de lo que ha supuesto históricamente y de lo que significa conceptualmente *feminismo*. En palabras de la antropóloga Lourdes Méndez (2007: 234 s.):

Es cierto que existen teorías del género que son feministas y otras que no lo son, pero lo preocupante es que la voz “feminismo” haya desaparecido como por arte de magia del panorama político, que una parte de las generaciones más jóvenes, tanto chicas como chicos, piensen que el antónimo de feminismo es machismo, que el antónimo de igualdad es diferencia – y no desigualdad –, y que ese “género” del que a veces han oído hablar, es un sinónimo de mujer de reciente creación.

Volviendo a las matronas que asisten en casa, en las más jóvenes raramente se asumen posturas feministas de forma explícita, o se hace tímidamente y considerando ya superada la violencia en ámbito obstétrico-ginecológico:

Es decir, que han hecho cosas que dices: esto hubiera sido cesárea a lo mejor en un caso que se complique, pero no todos. Es decir, ¿qué necesidad hay de esto? ¿De tratar así a una mujer? También te sale un poco ahí ... el feminismo, ¿no? (*como si le costase pronunciar la palabra*). Porque uff, es verdad que yo pienso que a veces se han atendido partos ... con una manera un poco machista también. Ten en cuenta que eran médicos la mayoría, muchos ginecólogos, no sé, tal vez ahí el patriarcado ... y uff, se han hecho ..., se ha hecho mucho daño, hay mujeres que están muy traumatizadas, mucho. ¿No?. (Virginia, 30 años)

Allí donde no hay una crítica profunda y el reconocimiento de una dimensión política, en el sentido amplio de política propuesto por Hannah Arendt (1997), el parto en casa se considera más bien como opción individual válida, sostenida por la evidencia científica en términos de seguridad para los que son embarazos de “bajo riesgo” (básicamente: embarazos únicos y a término, posición cefálica, buen estado de salud de la madre), que son los que pueden asistir las matronas sin el auxilio de otros especialistas. Y se defiende como servicio que debería existir en la sanidad pública, como en otros países (en particular recurre la referencia al modelo inglés y a la guía NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence), y por lo tanto ser requerido por sus usuarias o por los colectivos de profesionales:

Yo creo que debería haber una reivindicación por parte de las mujeres para que el parto en el hospital cambie, y el parto en casa se considere una opción más, pero no, yo creo que no la está habiendo. Y las mujeres que paren en casa no lo hacen en este plan. No, yo creo que no buscan esto (Lucia, 36 años).

O según Antonia:

Yo me gustaría que fuese movimiento de la matrona. Es decir, de matronas, que se hiciese desde las asociaciones de matronas, desde pues esto, desde la Asociación de Matronas Andaluza, de la Asociación de Matronas de España, que fuese una reivindicación de las matronas (Antonia, 44 años).

Una vez más se confirma la no identificación con ningún tipo de movimiento organizado existente, ni de mujeres, ni de grupos de usuarias, ni de matronas.

Pasando a y a partir de otro elemento analizado en el precedente epígrafe, en distintos materiales pertenecientes a la Asociación Nacer en Casa, es decir el uso cuidadoso de un lenguaje no paternalista, ni autoritario, muy crítico hacia el lenguaje biomédico aprendido y en constante construcción, a través de revisiones colectivas y encuentros periódicos, se rescuentran *grosso modo* dos tendencias en el análisis de las entrevistas a matronas andaluzas. De estas dos tendencias, una resulta muy atenta a los términos empleados y sigue este trabajo de deconstrucción y reinención que se ha brevemente descrito más arriba; la otra no se cuestiona el uso de una jerga biomédica en la que a menudo la figura profesional resulta estar en el centro, como sujeto activo en el proceso procreativo.

En este último caso se suele utilizar, por ejemplo, la expresión “hacer partos”, sin reflexionar sobre sus implicaciones, como sí hacen explícitamente las que promueven una visión más crítica:

¿Tú haces partos? Pues digo: no. O ¿cuántos niños has traído al mundo? Digo: una. (risas). La mía, la que yo parí (Andrea, 48 años).

Esta actitud crítica es asumida tanto por comadronas que empezaron a desarrollar su trabajo entre los años '80 y '90 y que participaron en esta construcción colectiva-creativa del parto en casa (en cuanto a discursos se refiere, pero también en la elaboración de modelos de actuación compartidos) como por las que han sido “aprendices” directas de éstas. Ambas suelen dedicarse exclusivamente al parto en casa o complementarlo sólo de manera puntual con trabajo en instituciones sanitarias. En este grupo la labor de crítica, autocrítica y reinención sigue, aunque tal vez de forma más aislada y menos colaborativa. En algunos casos, por ejemplo, se intenta superar un enfoque centrado en la mujer que da a luz, para extender el acompañamiento a todo el núcleo familiar. Se trata de una perspectiva muy cercana a la del “nacimiento sin violencia” del que habla Frederick Leboyer (1983), que fue un importante referente y cuya lectura incluso representó un “revuelo impresionante” para algunas. Efectivamente

se pone el énfasis en la sacralidad y en la trascendencia del nacimiento, siendo el objeto del acompañamiento es la familia nuclear como medio a través del cual se genera nueva vida, en una visión compleja de interconexiones entre lo individual, lo familiar, lo colectivo y lo cósmico, que sobrepasa el objeto y los objetivos de este artículo:

Bueno, nosotros estamos en un punto en que no acompañamos a partos en casa, acompañamos a una familia que está sirviendo de vehículo para que un nuevo ser venga a este mundo. Entonces acompañamos a esta familia que está a punto de recibir a otro ser humano que viene a este mundo, y es super trascendental (Ernesto, 36 años).

Por último, es muy frecuente en este grupo la tendencia a referirse a sí mismas usando la palabra *comadrona*, prefiriendo este término al más común *matrona*.

Valgan de ejemplo las palabras de Emilia:

Me gusta más llamarme comadrona, pero creo que tiene que ver, no sé bien por qué, por esto te digo creo, porque en el lenguaje la palabra comadrona es como la co-madre, la que acompaña la madre, y entonces me siento más reflejada con esta manera de llamarlo que con matrona, que viene un poco del título de especialista en Ginecología y Obstetricia, entre paréntesis: matrona, ¿No? Entonces me siento más identificada con comadrona (Emilia, 36 años).

El uso habitual de “comadron” para autodefinirse, a pesar de que no todas le atribuyen el mismo peso, ni prefieren evitar la palabra “matrona” por los mismos motivos, constituye en todo caso una prueba más de un manejo reflexivo y creativo del lenguaje.

## 5 Criterios prácticos: variabilidad de la noción de seguridad

En cuanto a los requisitos requeridos por las matronas para que sea posible la asistencia domiciliar de un parto, parece pertinente resaltar que se parte de unos criterios básicos comunes, a saber: la definición biomédica de embarazos de “bajo riesgo”, que son los solos candidatos a partos en casa; la demanda de unos mínimos de pruebas diagnósticas, que suelen ser una ecografía y una analítica de sangre hacia el final del embarazo; el uso de “métodos blandos” en el parto, es decir de diversas técnicas y herramientas, tanto biomédicas como de otros sistemas médicos, que se consideran no agresivas.

No obstante es posible señalar por lo menos dos cuestiones que marcan una diferencia importante entre los diversos equipos. La primera tiene que ver con las condiciones que se establecen y acuerdan con las mujeres para acompañarlas durante sus par-

tos en casa, la segunda con la relevancia que se da a la preparación previa, durante el embarazo.

Una de las condiciones para acompañar un parto en casa, generalmente explicitada por las matronas que asisten, es que haya una distancia de un centro hospitalario de 30 minutos aproximadamente, para que pueda efectuarse un traslado en caso de una complicación. Entre las matronas entrevistadas algunas cumplen de manera bastante estricta con este criterio, considerándolo imprescindible para la seguridad del parto, pero otras llegan a asistir partos en lugares menos accesibles y con una distancia más elevada de un hospital. Esto último se valora siempre conjuntamente con la mujer y también con la pareja de ella o con quien la acompañará en el parto, en una noción de seguridad más amplia y abierta, en la que se toman en cuenta otro tipo de cuestiones, como son los miedos de cada persona, la sensación de seguridad de quien va a parir (donde ella *se siente* más segura), la relación de confianza entre mujer y matrona.

En palabras de una madre:

Había ido a visitar la casa, le había parecido bien ¿sabes? Sí que decía que no llegábamos al hospital, sea que si había una hemorragia, por ejemplo en el alumbramiento, yo me quedaba por el camino, lo más probable, porque no (...) no daba tiempo de llegar al hospital. Yo esto en ningún momento me dio miedo, yo estaba super convencida de que todo iba a salir muy bien, ¿sabes? (Bea, 34 años).

La noción de seguridad que se plantea queda clara en las palabras de otra madre, Claudia, que decide parir en casa después de un análisis detenido de pros y contra, elaborado conjuntamente con su pareja:

Pues fue ... poco a poco, viendo ..., además yo recuerdo que Roberto y yo hicimos ..., en una pizarra pusimos los pros y los contra de parir en un sitio y en otro. Y ..., y al final es que todos los pros, menos algún miedo que existía, que al final tienes por parir en casa, todos los pros estaban en parir en casa, era dónde yo me sentía segura. Era ... dónde yo veía el calor. Entonces ... la decisión fue en casa (Claudia, 36 años).

El otro de los aspectos señalados como relevantes en marcar diferencias entre equipos profesionales, se refiere a los encuentros anteriores al parto y de preparación al parto y al posparto que, en distintos formatos y con distintos nombres, y casi siempre de forma grupal, para algunas matronas son imprescindibles para proporcionar asistencia, mientras que para otras no se incluyen. Esto implica también que para algunas se puedan asistir mujeres que llegan en un estado muy avanzado del embarazo, con la condición de que estén “controladas”, es decir que hayan efectuado un mínimo de pruebas diagnósticas,

en el denominado “control de embarazo”, mientras que para otras esto es posible solamente en casos muy excepcionales, de auténticos “flechazos” con la mujer en cuestión, siendo la norma un seguimiento personalizado de varios meses y la asistencia obligatoria a clases de preparación.

La diferencia principal entre ofrecer/no ofrecer preparación previa reside en esta necesidad de deconstrucción anteriormente señalada y que no todas comparten. Quien no la ofrece considera que lo más importante es establecer una relación de confianza con las mujeres, que normalmente ya han emprendido un camino minoritario por decidir parir en casa. En este caso el cuestionamiento de lo normativo (por ejemplo el análisis de ventajas y desventajas de cada prueba diagnóstica o de cada vacuna y el eventual rechazo de ellas) no se propone de manera activa, pero sí se asume en el caso en que venga de madres y parejas, lo que puede generar una búsqueda de informaciones y fuentes alternativas y a veces incentiva la formación de las matronas en el manejo de herramientas y técnicas provenientes de otros ámbitos terapéuticos.

Ahora bien, ¿en qué consisten estas clases de preparación y para qué sirven?

Me referiré aquí a los encuentros a los que he asistido durante el trabajo de campo, en un centro que se dedica a la asistencia domiciliaria al parto. De las diez parejas presentes, siete optaron por tener un parto en casa y de ellas tres terminaron en hospital, en dos casos por estancamiento del proceso y cansancio de la mujer, en uno para inducir el parto, por retraso avanzado en la fecha de inicio del mismo. El perfil de las mujeres coincide con el perfil general de las entrevistadas, descrito al principio, con la particularidad de que, salvo dos, todas las demás se enfrentaban a su primer embarazo.

Los encuentros son sesiones semanales en grupo, de una duración de dos horas, dirigidas tanto a mujeres embarazadas como a sus parejas, con un contenido temático bastante amplio (sobre fisiología del parto, alimentación en el embarazo, lactancia, pruebas diagnósticas, vacunas etc.) y que suelen darse en los últimos tres meses del embarazo. En ellas se incluyen también visualizaciones, masajes y algunas dinámicas en pareja o en grupo.

A pesar de ser sesiones temáticas, las dudas y las preguntas expresadas al principio de la sesión suelen dar lugar a explicaciones y debates que sobrepasan el tema a tratar. Una metodología horizontal y participativa permite una construcción colaborativa y al mismo tiempo individualizada de la verdad de cada una. “¿Pero a ti qué te pasa?” es la pregunta que las comadronas devuelven a menudo a las mujeres cuando explican algún malestar y preguntan

por sus causas, en una visión de la salud y la enfermedad que toma en cuenta una multiplicidad de dimensiones y en la que la figura profesional puede solamente provocar o sugerir pistas, pero nunca ofrecer una respuesta definitiva. El clima es a menudo alegre y relajado, dando espacio a los sentires físicos y emocionales de las madres, a preocupaciones e inquietudes, y también a la risa y al humor, y sin embargo sin desviar la atención de las cuestiones centrales programadas para el día.

La función principal de estas sesiones de preparación, complementadas con consultas de pareja en las que se profundiza en la historia personal de cada cual, consiste en visibilizar posibles miedos que puedan influir en el desarrollo del parto y producir bloqueos, para desmontarlos o reconocerlos y darles otro lugar, trabajando desde la confianza en el propio proceso y en el cuerpo, en una visión en la que se reconoce subjetividad plena a los cuerpos (Csordas 1990; Scheper-Hughes 2000). Es, en el fondo, una vez más, una labor de deconstrucción, de cuestionamiento de lo normativo, de las creencias relativas al proceso de embarazo, parto, posparto, tanto en el entorno social más inmediato de las personas involucradas como en ámbito sanitario. La intención explícita es la de transmitir a las mujeres que pueden parir, que saben parir, que cada parto es diferente, y que por lo tanto todos son “normales”. De hecho para las mismas comadronas “la preparación no haría falta si no fuera necesario desmontar y quitar miedos” (Francisca, 53 años). Para algunas mujeres es demasiada información en muy poco tiempo; para otras representa una crisis, una catarsis profunda que va mucho más allá del momento del parto, otras, al revés, no lo consideran algo tan “novedoso”, ya que se identifican en la visión de la salud que se propone. Sin embargo lo que queda patente es el desconocimiento profundo de procesos vitales “elementales”, que se refleja en el enorme interés demostrado durante el curso, a través de preguntas constantes y una participación muy activa.

Varias mujeres, y también algunas de las parejas entrevistadas, se declaran sorprendidas/os por la cantidad de información recibida:

¡La cantidad de información! Esto ha sido lo que más me ha sorprendido, que son procesos muy complejos, y que joder, que hay que saber mucho de ellos y ..., y hay mucho que saber. Esto, el desconocimiento es lo que más me ha sorprendido. Sorprendido y preocupado, me ha preocupado mucho esto. ¿Muy triste, no? (Isa, 32 años).

O en palabras de José:

Pues un montón de mitos que había por ahí, sobre el parto, sobre la leche, sobre si rompe la bolsa, sobre ..., ¿sa-

bes? es que ha sido mucha información, ha sido tanta información. Y ya teníamos alguna, verás, que partíamos de tener alguna información, que no es que ..., pero claro, es que es tan completo y tan distinto a como te lo planteas (José, 43 años).

La función empoderadora y fortalecedora de las sesiones y de las informaciones recibidas, que retoma la perspectiva del autoconocimiento como base para la salud y la autonomía, para muchas es evidente:

La preparación en realidad es un empoderamiento de la mujer, ¿no? yo lo vivo como un fortalecer el tú puedes, tú puedes, tú puedes, tú puedes, tú puedes, ¿no? Y si tu quieres tú puedes, y esto siempre ha sido así y están estas ventajas y estos inconvenientes por el contexto específico en el que vivimos, ¿no? pero en realidad que yo creo lo que te ayudan es esto, a superar (...), o por lo menos a mí, a superar miedos y resistencias, ¿no? que tenemos de ponernos siempre en lo peor y no sé, y confiar en nuestro cuerpo (Antonia, 40 años).

La implicación de los hombres, de los futuros padres, es otro de los aspectos a los que se atribuye importancia, criticando la ausencia de ellos en los cursos de la Seguridad Social, o la presencia colateral que se les concede, responsabilizando exclusivamente a la mujer de todo el proceso procreativo. El compartir información con ellos durante las sesiones se valora muy positivamente sobre todo por las consecuencias prácticas que tiene: saber qué es lo que puede pasar, tanto en casa como en hospital, permite asumir un papel activo. Así mismo se muestran técnicas de masajes para aliviar dolores, se explican señales de alarma, se invita a reconocer el cuello uterino, se enseña cómo auscultar el latido fetal, con o sin la ayuda de un estetoscopio de Pinard, para así poder detectar posibles alteraciones a la hora del parto, antes de que llegue la comadrona.

En definitiva se ofrecen recursos para la autogestión, compartiendo conocimientos e instrumentos “expertos”, evitando tecnicismos o explicando el significado de la terminología biomédica, en la convicción de que las protagonistas son también las principales interesadas en asegurarse su propio bienestar y el de su futuro hijo/a.

Retomando las palabras de Silvio Arturi, en un monográfico de la revista *Obstare* sobre parto y nacimiento en casa (2002: 65): “Dichos métodos son simples y pueden, una vez aprendidos, ser efectuado por la pareja con una frecuencia que supera siempre la de los controles médicos. A esto se agrega la sensibilidad de la madre para reconocer la marcha de su embarazo”. He aquí por un lado el reconocimiento de la capacidad de manejo de métodos obstétricos sencillos para determinar la salud fetal, sin necesi-

dad de formación especializada; por otro la validez de las sensaciones de las mujeres para establecer el buen desarrollo del proceso, en contra de una progresiva desautorización en este sentido, a través del uso rutinario de tecnologías de diagnóstico. La seguridad es por tanto salvaguardada sin recurrir a una figura profesional experta.

## 6 Conclusiones

A lo largo de este escrito se ha pretendido situar la asistencia domiciliaria al parto en Andalucía en un marco más amplio, visibilizando el proceso que ha llevado este tipo de asistencia a ser muy minoritaria y marginada tanto a nivel social general como a nivel sanitario. La afirmación del modelo hospitalario de asistencia ha producido, en un primer momento, una continuación “residual” de los partos en casa, aunque utilizando formas y aplicando normas a veces muy cercanas a los protocolos hospitalarios vigentes (postura tumbada en decúbito supino, cuña, verticalidad de la relación) y permaneciendo la matrona en posición subordinada respecto al médico. En los años '80 el parto en casa emerge como modelo contrahegemónico, a partir de un cuestionamiento profundo del modelo hospitalario de asistencia, desde perspectivas críticas que proponen otros enfoques en salud y desde el activismo político en grupos feministas y de no violencia.

En Andalucía algunas de las matronas se identifican con estos orígenes, explícitamente o implícitamente, a través de un lenguaje rupturista y creativo y de unos criterios comunes en los que recubre un importante papel la fase previa al parto. Otras ofrecen la posibilidad de la asistencia en casa, retomando modelos sanitarios extranjeros (en particular el modelo inglés) y desde una óptica centrada en la evidencia científica. Por lo tanto, más allá de diferencias individuales entre matronas y teniendo siempre en cuenta que se trata de modelos analíticos, entre los que existen realmente confines fluidos y permeables, podemos distinguir dos variantes dentro de la asistencia domiciliaria.

Por un lado una visión política del parto en casa, en un sentido amplio, que va desde la crítica feminista al considerar la decisión de parir en casa como una “toma de conciencia” y como un acto de autonomía en la vida. El cambio producido en el modo de nacer se interpreta como un posible paso para cambios profundos en el modo de vivir, en conexión con otras dimensiones, dentro de una visión unitaria de cuerpo-mente-espíritu-sociedad. Este enfoque relaciona el parto con otros aspectos que van más allá del proceso procreativo en sí, se coloca en con-

tinuidad con el movimiento de parto en casa de los años '80 y se caracteriza por un cuestionamiento del discurso y de la práctica biomédicas, que se refleja en construcciones y reinenciones en el lenguaje, además que en la importancia que asume la preparación, tanto para seguir en esta labor crítica como para ofrecer recursos para la autogestión. Aquí el centro decisional y el criterio fundamental de seguridad está en la madre.

Por otra parte, una visión humanística que no parte de un cuestionamiento del discurso biomédico, aunque sí de un rechazo de algunas prácticas hospitalarias, en cuanto obsoletas y contrarias a la evidencia científica. Se propone más bien una revisión de estas prácticas, pero sin analizarlas detenidamente en sesiones previas al parto, que no se incluyen en el servicio ofertado. Se emplea la terminología biomédica relativa al embarazo, parto y posparto, sin una actitud reflexiva y creativa, aunque haciéndola más accesible y comprensible a las usuarias no expertas. Y en definitiva se establecen criterios de seguridad más definidos y definitivos, poniendo la decisión última de la posibilidad de tener un parto en casa en manos de la figura profesional. En este enfoque, de tipo relacional-narrativo o de la *illness* (Kleinman 1988), se reconoce la subjetividad del "paciente", la importancia del diálogo y de la escucha, así como del apoyo emocional como parte del proceso de atención, valorando distintas dimensiones (el enfoque bio-psico-social propugnado por la OMS).

Sin embargo no se proporcionan sistemáticamente informaciones y medios para poder mantener cierto grado de autonomía en el proceso. En este caso el parto en casa se defiende como modelo válido, que en muchos casos facilita el desarrollo del parto, ya que asegura una situación de tranquilidad e intimidad imposible de conseguir en un entorno hospitalario. De hecho la "facilidad" de los partos en casa se interpreta a menudo como un reposo de la atención hospitalaria:

Cuando tú ves un parto en el hospital, muchos partos en el hospital, y luego ves los partos en casa, dices: vamos a ver, ¿por qué? ¿Por qué? Es bestial lo que hace la confianza de la mujer, la tranquilidad, la ..., esta intimidad que te da el hogar cómo hace que todo sea fácil y ..., y rápido y ..., ¡Oh! ¡Es increíble, es increíble! (Lucía, 36 años).

Las dos variantes identificadas también se pueden encuadrar en los paradigmas humanístico y holístico descritos por la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd (2001: 10–21), que sin embargo relaciona este último al parto en casa como modelo de atención, mientras que atribuye el primero a una crítica "desde dentro", en reacción a los

excesos tecnomédicos y en un intento de reforma a nivel hospitalario. Según la autora este enfoque sería menos radical y por lo tanto más aceptable a nivel institucional para producir cambios en lo que define paradigma tecnocrático. En el caso analizado el modelo de atención domiciliaria se distingue del hospitalario por algunos rasgos fundamentales comunes (descritos en el epígrafe 2) y por el espacio mismo de la casa, que implica diferencias estructurales con el espacio hospitalario.

En el caso analizado, todas las matronas que atienden partos domiciliarios ven necesaria una reforma de la atención hospitalaria, habiendo estado o estando implicadas en ella de distintas maneras, y todas utilizan el "discurso de la evidencia", y se refieren a menudo a las recomendaciones de la OMS (1985) para justificar sus prácticas. No obstante, y es lo que se ha intentado mostrar, algunas van más allá del "humanizar el parto sacándolo del hospital", una perspectiva que utiliza Marsden Wagner, que fue delegado de salud materno infantil de la OMS para Europa, al definir esta opción de asistencia como "una importante estrategia para humanizar el nacimiento" (Wagner 2001a: S33). La diferencia estriba en el uso que se da a este discurso, un uso que es prioritario y preponderante en un caso; principalmente estratégico en otro, para aquellas comadronas que han elaborado narrativas y prácticas rompedoras y transgresoras. Rompedoras porque proponen una visión de la salud que rompe con la biomédica dominante, y transgresoras porque van más allá de una insumisión a la norma, transformándola, en base a una visión política del parto/nacimiento como momento clave para reapropiarse de los procesos vitales en su totalidad.

## Bibliografía

### Arturi, Silvio

2002 A lado de Silvio Arturi. *Obstare* 5: 65.

### Ayora Diaz, Steffan Igor

2002 Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas. México: Plaza y Valdés.

### Cabré I Pairet, Montserrat, y Teresa Ortiz Gómez

1999 Mujeres y Salud: Prácticas y Saberes. Presentación. *Dynamis. Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* 19/2: 17–24.

### Cabré I Pairet, Montserrat, y Teresa Ortiz Gómez (eds.)

2001 Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII–XX. Barcelona: Icaria.

### Cheyney, Melissa

2011 Reinscribing the Birthing Body. Homebirth as Ritual Performance. *Medical Anthropology Quarterly* 25/4: 519–542.

**Craven, Christa**

2007 A "Consumer's Right" to Choose a Midwife. Shifting Meanings for Reproductive Rights under Neoliberalism. *American Anthropologist* 109/4: 701–712.

**Craven, Christa, and Mara Glatzel**

2010 Downplaying Difference: Historical Accounts of African American Midwives and Contemporary Struggles for Midwifery. *Feminist Studies* 36/2: 330–358.

**Csordas, Thomas J.**

1990 Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos* 18/1: 5–47.

**Davis-Floyd, Robbie E.**

2001 The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75: 5–23.

**Davis-Floyd, Robbie E., and Elizabeth Davis**

1996 Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. *Medical Anthropology Quarterly* 10/2: 237–269.

**Davis-Floyd, Robbie E., and Gwynne L Jenkins**

2005 Midwifery. Sage Encyclopedia of Anthropology. <<http://www.davis-floydrepresents.com/category/articles/midwifery>> [10.07.2017]

**De Jonge, A., et al.**

2009 Perinatal Mortality and Morbidity in a Nationwide Cohort of 529 688 Low-Risk Planned Home and Hospital Births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116: 1177–1184.

**FAME**

2010 Declaración de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) sobre competencias profesionales de las Matronas. <<http://www.federacion-matronas.org/documentos>> [13.07.2017].

**Fannin, Maria**

2006 Global Midwifery and Technologies of Emotion. *ACME: An International E-Journal for Critical Geographies* 5/1: 70–88.

**Federici, Silvia**

2001 Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños.

2014 Il punto zero della rivoluzione. Lavoro domestico, riproduzione e lotta femminista. Verona: Ombre corte.

**Fernández Guillén, Francisca, y Gonzalo Canales Santander**

2012 Configuración legal, régimen de responsabilidad y recomendaciones para el desarrollo profesional. Recopilación y estudio de las leyes y resoluciones judiciales que inciden en la actividad de las comadronas. Palma de Majorque: Associació Balear de Comares.

**Foucault, Michel**

1984 Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI. [1976]

1990 La Vida de Los Hombres Infames. Madrid: Ediciones de la Piqueta.

**Freyermuth Enciso, Gabriela**

2003 Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México: CIESAS.

**Gaines, Atwood D, and Robbie E. Davis-Floyd**

2003 On Biomedicine. Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures. Yale: Hu-

man Relations Area Files. <<http://www.davis-floydrepresents.com/uncategorized/on-biomedicine>> [13.07.2017]

**Ginsburg, Faye, and Rayna Rapp**

1991 The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology* 20: 311–343.

**Ginsburg Faye, and Rayna Rapp (eds.)**

1995 Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction. Berkeley: University of California Press.

**Huber, Brad R., and Alan R. Sandstrom**

2001 Recruitment, Training, and Practice of Indigenous Midwives. From the Mexico-United States Border to the Isthmus of Tehuantepec. In: B. Huber and A. Sandstrom (eds), Mesoamerican Healers; pp. 139–178. Austin: University of Texas Press.

**Inhorn, Marcia C.**

2006 Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly* 20: 345–378.

**Johnson, Kenneth C., and Betty-Anne Daviss**

2005 Outcomes of Planned Home Births with Certified Professional Midwives: Large Prospective Study in North America. *BMJ* 330: 1–7.

**Kaufert, Patricia A., and John O'Neil**

1990 Cooptation and Control: The Reconstruction of Inuit Birth. *Medical Anthropology Quarterly* 4/4: 427–442.

**Kleinman, Arthur**

1988 The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. New York: Basic Books.

**Leboyer, Frédéric**

1983 Por un nacimiento sin violencia. México: Ediciones Daimon de México.

**Macdonald, Margaret**

2006 Gender Expectations. Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada. *Medical Anthropology Quarterly* 20/2: 235–256.

**Martin, Emily**

1987 The Woman in the Body. Boston: Bacon Press.

**Méndez, Lourdes**

2007 Antropología feminista. Madrid: Síntesis.

**Montes Muñoz, María J.**

2007 Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tarragona: URV.

**Montes-Muñoz, María Jesús, et al.**

2013 Ser matrona a mediados del siglo xx. El género como distribuidor de oportunidades y organizador de las emociones. En: Ángel Martínez-Hernández, Lina Masana y Susan M. DiGiacomo (eds.), Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica, pp. 179–198. Tarragona: URV.

**Morsy, Soheir A.**

1995 Deadly Reproduction among Egyptian Women: Maternal Mortality and the Medicalization of Population Control. En: F. Ginsburg and R. Rapp (eds.), Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction. Berkeley: University of California Press.

**Narotzky, Susana**

1995 Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

**Ortiz Gómez, Teresa, et al.**

- 1995 Profesionales de la salud en la Almería del siglo XVIII, según el Catastro de Ensenada. En: *Andalucía Moderna. Actas del II Congreso de Historia de Andalucía*, Córdoba, 1991; pp. 511–520. Córdoba: Consejería de Cultura y Medio Ambiente de la Junta de Andalucía.

**Ortiz Gómez, Teresa**

- 1996 Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 16: 109–120.
- 2001 Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España ilustrada. En: Montserrat Cabré y Teresa Ortiz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII–XX*, pp. 165–213. Barcelona: Icaria.

**Pancino, Claudia**

- 2003 *Storia sociale. metodi, esempi, strumenti*. Venezia: Marsilio.

**Pomata, Gianna**

- 2001 Entre el cielo y la tierra. Las sanadoras de Bolonia en el siglo XVI. En: Montserrat Cabré y Teresa Ortiz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII–XX*; pp. 115–139. Barcelona: Icaria.

**Rapp, Rayna**

- 1998 Refusing Prenatal Diagnosis: The Meanings of Bioscience in a Multicultural World. *Science, Technology and Human Values* 23/1: 45–70.
- 2001 Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory. *Medical Anthropology Quarterly* 15/4: 466–477.

**Ruiz-Callado, Raúl, et al.**

- 2012 Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario. *Enfermería Comunitaria* 8/1. <[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22935/1/ec7773\\_v8n1\\_2012\\_ENFERMERIA\\_COMUNITARIA\\_REVISTA\\_DIGITAL\\_ISSN-\\_1699-0641.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22935/1/ec7773_v8n1_2012_ENFERMERIA_COMUNITARIA_REVISTA_DIGITAL_ISSN-_1699-0641.pdf)> [17.07.2017]

**Sargent, Carolyn, and Arthur J. Rubel**

- 1976 Selected Literature on the Utilization of Indigenous Midwives in Health Delivery Systems. *Medical Anthropology Newsletter* 7/2: 13–16.

**Sesia, Paola M.**

- 1996 Women Come Here on Their Own when They Need to. Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca. *Medical Anthropology Quarterly* 10/2: 121–140.

**Scheper-Hughes, Nancy**

- 2000 Il sapere incorporato: pensare il corpo attraverso un'antropologia medica critica. En: R. Borofsky (ed.), *L'antropologia culturale oggi*; pp. 281–293. Roma: Meltemi.

**Serrano, Mercedes**

- 2001 Al lado de Mercedes Serrano. *Obstare* 3: 62 s.

**Sheridan, Bridgette**

- 2001 De parto: la medicina, el Estado moderno y la matrona real Louis Bourgeois (Francia, siglo XVII). En: Montserrat Cabré y Teresa Ortiz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII–XX*; pp. 143–164. Barcelona: Icaria.

**Tena Díaz, Fernando**

- 2011 Medicalización de los ciclos reproductivos, partos intervenidos y alternativos en Andalucía. Ponencia presentada en las jornadas feministas de Algeciras, 29 de abril de 2011 (sin publicar).

**Terré Rull, Carmen**

- 1997 La matrona en España. Historia de una profesión. En: Towler y Bramall (eds.), *Comadronas en la historia y en la sociedad*; pp. 373–383. Barcelona: Masson.

**The Boston Women's Health Book Collective**

- 2000 Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Un libro escrito por y para las mujeres. Barcelona: Plaza y Janes Editores [1972]

**Towler, Jean, and Joan Bramall**

- 1997 *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.

**Triolo, Nancy**

- 1994 Fascist Unionization and the Professionalization of Midwives in Italy: A Sicilian Case Study. *Medical Anthropology Quarterly* 8/3: 259–281.

**Villena Toledo, Isabel**

- 2001 *Comadronas, co-madres, cómplices*. *Obstare* 1: 55–59.

**Wagner, Marsden**

- 2001a Fish Can't See Water. The Need to Humanize Birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75: 25–37.
- 2001b El control activo del parto. *Obstare* 1: 13–17

**Wieggers, T. A., et al.**

- 1996 Outcome of Planned Home and Planned Hospital Births in Low Risk Pregnancies: Prospective Study in Midwifery Practices in the Netherlands. *British Medical Journal* 313 (7068): 1309.