

«SEGURIDAD» Y «RESPECTO» DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO. EL APORTE DE LAS MUJERES Y DE LAS MATRONAS ESPAÑOLAS E ITALIANAS DESDE UN MODELO DE ATENCIÓN NO MEDICALIZADO

«Seguretat» i «respecte» durant el part i el naixement.

L'aportació de les dones i de les llevadores espanyoles i italianes des d'un model d'atenció no medicalitzat

«Safety» and «respect» during labor and delivery. The contribution of Spanish and Italian women and midwives from a non-medicalized care model

Patrizia Quattrocchi

patrizia.quattrocchi@uniud.it

Università degli Studi di Udine

RESUM

En aquest article analitzo l'experiència i la perspectiva de dones italianes i espanyoles que han optat per donar a llum a casa i de les comares que les han atès. Les dades provenen d'una investigació etnogràfica realitzada a Itàlia, Espanya i els Països Baixos (2010-2015) com a part del programa europeu de beques Marie Curie. L'objectiu és analitzar els conceptes de «seguretat» i «respecte» a partir de la seva visió i relacionar-los amb el discurs oficial proposat per la biomedicina durant el part hospitalari. S'identificaran similituds i diferències entre tots dos conceptes, a partir també de les diferents pràctiques assistencials implementades en tots dos contextos. S'observa com la contribució del model no mèdic d'acompanyament al part i naixement pot oferir en termes d'una millor comprensió i maneig del procés reproductiu. Un concepte més ampli de «seguretat» sorgeix de les mares que han donat a llum a casa i planteja preguntes interessants sobre la necessitat d'una revisió crítica de les categories biomèdiques; categories que han d'incloure les experiències dels subjectes –com indica l'OMS– i no només paràmetres clínics. Una mirada inclusiva a les perspectives dels qui experimenten amb altres models també podria oferir espais de reflexió sobre com contenir la violència obstètrica i evitar pràctiques excessivament medicalitzades i lesives dels drets humans a la salut i la salut reproductiva. La proposta discutida a la feina es dirigeix al diàleg entre diferents models, amb la convicció que el coneixement marginal -precisament per ser a les fronteres- permet una mirada crítica i constructiva.

PARAULES CLAU: part domiciliari; casa de part; part respectat; medicalització del part; llevadora independent.

ABSTRACT

In this paper I analyze the experience and perspective of Italian and Spanish women who choose homebirth or a birth center to deliver and the independent midwives attending them. Data come from ethnographic research conducted in Italy, Spain, and the Netherlands between 2010 and 2015, as part of the European Marie Curie Grant research program. The concepts of «safety» and «respect» from their vision will be analyzed and relate to the official discourse proposed by biomedicine. Similarities and differences between the two concepts will be identified, also considering the different care practices implemented in both contexts (homebirth and hospitalized birth). The main objective of the paper is to discuss the contribution that the non-medicalized model of accompaniment in childbirth can offer in terms of better understanding and management of the reproductive process. A broader conception of «safety» that emerges from mothers who have given birth at home raises interesting questions about the need for critical revision of biomedical categories; categories that should be more inclusive of subjects' experiences -as recently indicated by WHO regarding childbirth- and not just clinical parameters. Including the perspectives of those who experience other models, could also offer opportunities to reflect on how to contain obstetric violence and avoid excessively medicalized practices that are detrimental to human rights in health and reproductive health. The proposal discussed in the paper is aimed at the dialogue between different models, based on the idea that marginal knowledge - precisely because of their being at the borders - allow a critical and constructive view.

KEY WORDS: homebirth; birth center; respectful birth; medicalization of birth; independent midwife.

RESUMEN

La visión y la experiencia de las mujeres italianas y españolas que eligen el parto domiciliario o en casa de parto y de las matronas que la atienden será analizada a partir de los datos de campo recolectados durante una investigación antropológica realizada en Italia, España y Países Bajos entre el 2010 y 2015, como parte del Programa Europeo de Investigación Marie Curie Grant. Serán analizados los conceptos de «seguridad» y «respeto» desde estas perspectivas, en relación con el discurso oficial ofrecido por la biomedicina. Se identificarán similitudes y diferencias entre las dos conceptualizaciones, también desde las distintas prácticas actuadas en los dos contextos (domicilio y hospital). El objetivo principal del trabajo es discutir la contribución que el modelo no medicalizado de acompañamiento al parto y al nacimiento puede ofrecer en términos de una mejor comprensión y manejo del proceso reproductivo. Una concepción más amplia de la «seguridad» que surge de las madres que han dado a luz en casa plantea preguntas interesantes sobre la necesidad de una revisión crítica de las categorías biomédicas; categorías que deberían incluir más las experiencias de los sujetos -como ha indicado recientemente la OMS respecto al parto- y no solo parámetros clínicos. Una perspectiva inclusiva de las perspectivas de quienes experimentan con otros modelos también podría ofrecer oportunidades para reflexionar sobre cómo contener la violencia obstétrica y evitar prácticas excesivamente medicalizadas que son perjudiciales para los derechos humanos de la salud reproductiva y la salud. La propuesta discutida en el trabajo está, por lo tanto, dirigida al diálogo entre diferentes modelos, con la convicción de que el conocimiento marginal - precisamente por estar en las fronteras- permite una mirada crítica y constructiva.

PALABRAS CLAVE: parto domiciliario; casa de parto; parto respetado; medicalización del parto; matrona independiente.

«Segureza» e «respecto» durante el parto e la naciata. L'apporto delle donne e delle ostetriche españolas e italianas a partir de un modelo de asistencia no medicalizado.

RIASSUNTO

En aquest In questo articolo analizzo l'esperiença e la prospettiva delle donne italiane e españolas que hanu esceltu de partorire a domiciliu e delle ostetriche que le hanu assistite. I dati provengono da una ricerca etnografica condotta in Italia, Spagna e Paesi bassi tra il 2010 e il 2015, come parte del programma europeo Marie Curie Grant. L'obiettivo è delineare i concetti di «segureza» e «respecto» a partire dalla loro visione e di porli in relazione con il discorso ufficiale proposto dalla biomedicina e relativo al parto ospedaliero. Saranno individuate somiglianze e differenze tra le due concezioni, a partire anche dalle pratiche assistenziali differenti messe in atto in entrambi i contesti. L'obiettivo principale del lavoro è di discutere l'apporto che il modello no medicalizzato di accompagnamento alla nascita e al parto può offrire in termini di migliore comprensione e gestione del processo riproduttivo. Una più ampia concezione di «segureza» che emerge dalle mamme che hanu partorito in casa pone interessanti interrogativi sulla necessità di revisione critica delle categorie biomediche; categorie che dovrebbero includere maggiormente le esperienze dei soggetti – come recentemente indica l'OMS in merito al parto – e non solo parametri clinici. Una prospettiva inclusiva delle prospettive di chi sperimenta modelli altri, potrebbe inoltre offrire occasioni di riflessione anche in merito a come contenere la violenza ostetrica ed evitare pratiche eccessivamente medicalizzate e lesive dei diritti umani alla salute e alla salute riproduttiva. La proposta discussa nel lavoro è dunque tesa al dialogo tra modelli differenti, con la convinzione che i saperi marginali – proprio per il loro essere ai confini – permettano uno sguardo critico e costruttivo.

PAROLE CHIAVE: parto domiciliare; casa maternità; parto rispettato; medicalizzazione del parto; ostetrica libera professionista.

El primer proyecto titulado “*An intercultural code on birth. Dialogue between institutional directives and women's need*” ha recibido apoyo del Séptimo Programa Marco (FP7/2007-2013, Marie Curie Grant IRG-2010-2015). El proyecto “*Obstetric Violence. The new goal for research, policies, and human rights on childbirth*” ha sido apoyado por el programa Horizon2020 (Marie Skłodowska Curie GF-2016-2018).

Una parte de este trabajo ha sido publicado en las Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español que se ha llevado a cabo en Tarragona en el 2013, aquí se presenta una versión más ampliada y madura de ella.

[Notas de la autora]

1. INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

En este trabajo presento parte de los resultados de dos investigaciones antropológicas que he realizado con el apoyo económico de la Comisión Europea, entre el 2010 y el 2018. En el primer caso, he enfocado mi interés en el parto domiciliario y en casas de parto en Italia, España y Países Bajos; en la segunda investigación, he analizado el concepto de violencia obstétrica y su génesis latinoamericana, y sus posibles aportaciones en el debate político, social y médicos. En esta ocasión, me enfocaré sobre las posibles conexiones entre la construcción del concepto de «seguridad» por parte de las mujeres que paren en el domicilio o en las casas de parto (tema de disputa entre el enfoque biomédico y las aproximaciones más fisiológicas hacia el embarazo, el parto y el nacimiento) y la posibilidad de dar a la luz de una manera «respetada» en un hospital. El objetivo será mostrar como la perspectiva de las mujeres que paren afuera del hospital y de las matronas que las acompañan se acomoda de manera puntual con la idea de un “parto respetado”, manejado por la literatura internacional (White Ribbon Alliance, 2011; Miller, et al., 2016), entre éstas la que viene de las organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud -OMS- (WHO, 2018).

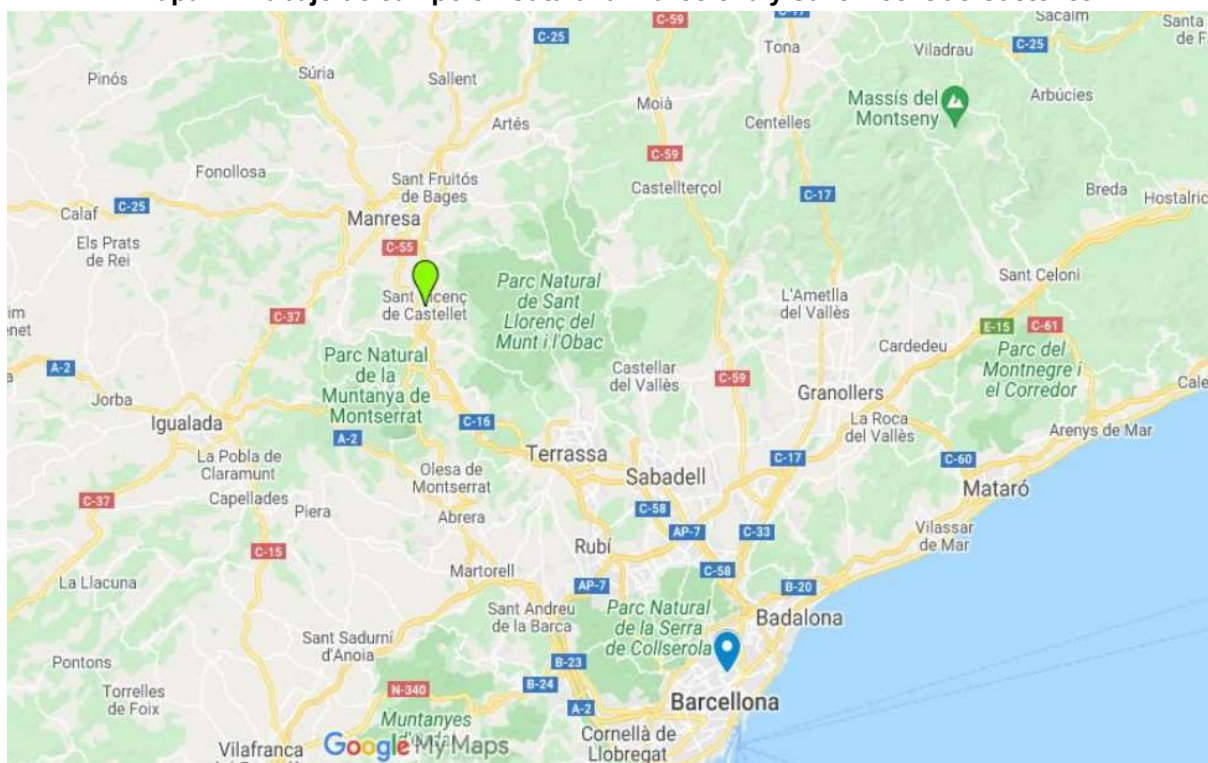
En todo el mundo, el proceso de embarazo-parto-nacimiento aparece cada vez más medicalizado (Miller, et al., 2016). Se concibe como una situación “de riesgo” permanente, que – en las mejores de las condiciones – se define como “bajo”. Mujeres embarazadas “de bajo riesgo”, que en contextos no medicalizados definiríamos “sanas”, a menudo se someten a numerosas ecografías, a recursos tecnológicos a veces invasivos, a medicamentos y a la hospitalización como si fuesen la única modalidad, o por lo menos “la normal”, para asegurarse un embarazo y un parto sin riesgos. Sin embargo, ya en el 1996 la OMS subrayó la importancia de revisar el concepto de “riesgo” durante estas etapas para recuperar una aproximación fisiológica al nacimiento (WHO, 1996). En los últimos años y en distintas ocasiones se ha retomado el asunto: desmedicalizar el parto y el nacimiento aparece una cuestión urgente de salud pública, pensada no solamente a mayores éxitos clínicos (disminución de la morbi-mortalidad materna y neonatal), sino también a lograr la satisfacción de la mujer con respeto a su experiencia de parir. Una cuestión central, también en el discurso oficial. Hace poco, la OMS ha subrayado como la experiencia positiva de parir tiene que ser considerada como un aspecto fundamental de la elevada calidad de un parto, y *“not just complementary to provision of routine clinical practices”* (WHO, 2018:1). Estos temas han sido investigados por la antropología a partir de los años setenta, cuando el enfoque de género y el renovado interés en la salud de la mujer representaron un tema central de esta nueva perspectiva crítica y feminista. Entre otras cuestiones, se ha analizado la obsesión contemporánea por el control tecnológico sobre los procesos fisiológicos y la vida de las mujeres (Oakley, 1985; Martin, 1987; Davis Floyd, 1992; Davis-Floyd y Sargent, 1997; Frankling y Ragoné, 1998; Davis-Floyd et al, 2010) y la construcción social del embarazo como un estado liminal de la vida de la mujer, que se encuentra constantemente “vulnerable” y expuesto al riesgo de complicaciones, pese su salud real y a la del bebé (Regalia y Colombo, 2019).

Dentro del proceso de auto-legitimación del saber biomédico (Jordan, 1997; Lock y Nguyen, 2010) el embarazo es percibido y tratado como un momento que requiere un monitoreo continuo, tanto por parte de los profesionales de la salud como por parte de las mujeres. La «seguridad» en el desarrollo del proceso está relacionada de manera directa con la cantidad de chequeos, consultas, prácticas diagnósticas y preventivas que – desde el enfoque biomédico – se conciben como necesarios. Dentro de este marco interpretativo, el hospital resulta ser la modalidad más “natural” para asegurarse un parto de calidad y sin riesgos y un parto sólo puede ser declarado normal retrospectivamente.

En este trabajo exploro el concepto de «riesgo» y de «seguridad» desde la perspectiva de las matronas independientes y de las mujeres que han dado a la luz en su casa, quienes comparten una visión diferente del embarazo, del parto y del nacimiento: una visión no medicalizada. Estas mujeres - que piden y ofrecen un parto no hospitalario - asocian el concepto de «seguridad» más que a los aspectos tecno-médicos a factores sociales, culturales, psicológicos y éticos. Sus experiencias ofrecen elementos innovadores para la redefinición de lo que debería de ser un servicio de atención al embarazo, al parto y al nacimiento “respetuoso”, también en el hospital. A partir de estas perspectivas delinearé como muchas de las prácticas rutinarias llevadas a cabo para monitorear el embarazo y atender al parto resultarían innecesarias, si cambiáramos el concepto de «riesgo» y de «seguridad» por una aproximación más fisiológica a estos procesos. Cuanto dicho no significa en ningún caso ignorar o subestimar los factores de riesgos ampliamente conocidos por la biomedicina; sino darles a estos factores (y a los profesionales encargados de manejarlos, o sea los médicos) el justo papel en el seguimiento de los embarazos de riesgo o patológicos. En otras palabras, se trata de remitir la fisiología a las matronas, que para esto han sido formadas y revalorizar los deseos, las expectativas y las exigencias de las mujeres, a partir de sus necesidades y no de las lógicas económico-políticas los sistemas de salud.

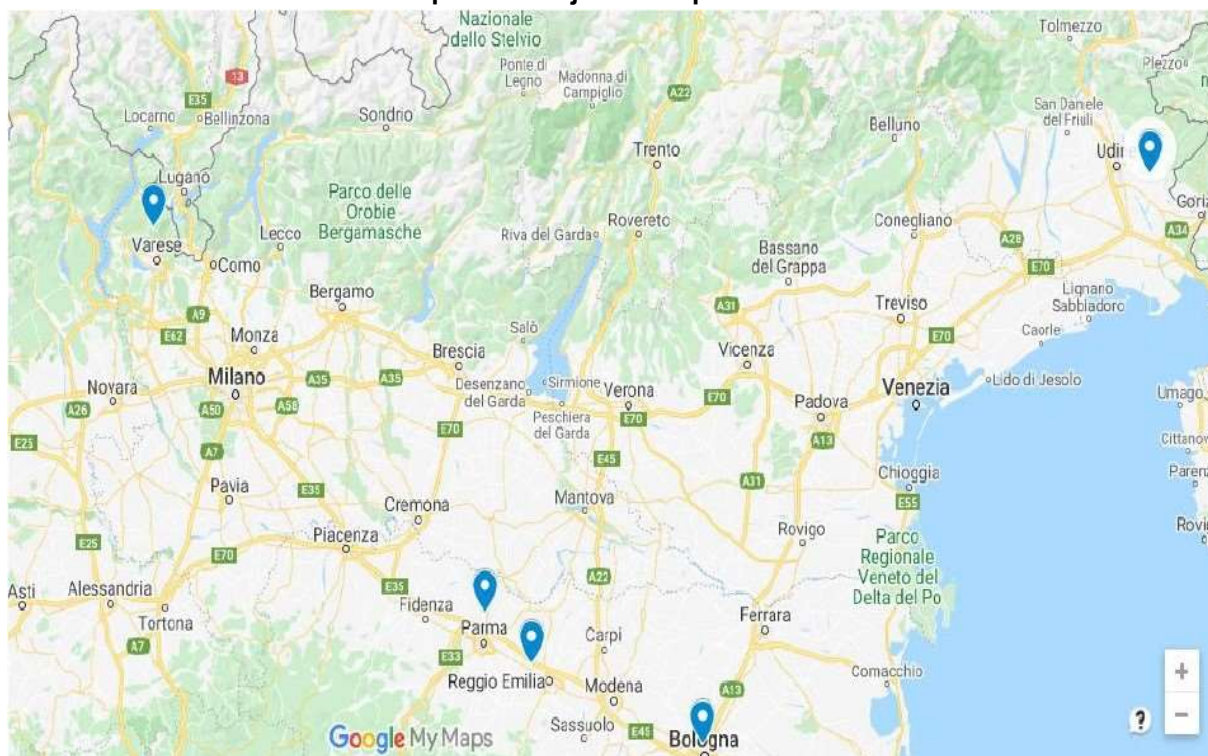
He realizado el trabajo de campo en Italia y España a lo largo de varias estancias, durante las cuales he llevado a cabo entrevistas en profundidad, grupos focales y he realizado la observación de dinámicas y relaciones entre los distintos sujetos tales como matronas independientes, matronas hospitalarias, mujeres, médicos-ginecólogos y expertos. En España he visitado la *casa de naixements “Migjorn”* en San Vicente de Castellet, Cataluña; he entrevistado a mujeres que han dado a la luz allí y matronas independientes que forman parte de grupos históricos relacionados con el parto en la casa, como la cooperativa “*Titánia Tasco*” de Barcelona, el grupo “*Génesis*” de Madrid y otras profesionales vinculadas con la Asociación Nacional Nacer en Casa (ver mapa1). En Italia he llevado a cabo entrevistas con matronas independientes y hospitalarias, mujeres, funcionarias y expertas; he visitado la casa de parto “*Montallegro*” en Induna Olona, en provincia de Varese y la casa de parto “*Il Nido*” en Bolonia. En la región Emilia-Romagna he también realizado un análisis del servicio de atención al parto domiciliario ofrecido por el sistema nacional de salud (ver mapa 2).

Mapa 1. Trabajo de campo en Cataluña: Barcelona y Sant Vicent de Castellet



Fuente: Google Maps, 2022.

Mapa 2. Trabajo de campo en Italia



Fuente: Google Maps, 2022.

En total, he trabajado con 71 informantes: 43 en Italia y 25 en España. Las entrevistas en profundidad han tenido una duración media de una hora y media cada una. Las discusiones surgidas de los grupos focales, con una duración media de 2 horas, se registraron en una grabadora digital y se transcribieron literalmente. He llevado a cabo la codificación a través del software de investigación cualitativa Atlas Ti, mientras que el análisis y la interpretación de los datos se han realizado mediante la identificación de micro y macro categorías por parte de la investigadora. En este trabajo presento en particular los datos surgidos en el análisis de las entrevistas en profundidad realizadas con 11 matronas independientes y 8 mujeres que han dado a la luz en su casa en España, además incluyendo 15 matronas que atienden en su casa y 11 mujeres en Italia (ver tabla 1).

Tabla 1. Perfil de las entrevistadas

España		Italia	
Número matronas: 11		Número matronas: 15	
Edad		Edad	
20-30	1	20-30	3
30-45	7	30-45	6
45 y más	3	45 y más	6
Lugar de trabajo		Lugar de trabajo	
Comunidad de Madrid	2	Regione Lombardia	1
Cataluña	8	Regione Friuli Venezia Giulia	4
Andalucía	1	Regione Emilia Romagna	10
Número mujeres: 8		Número mujeres: 11	
Edad		Edad	
20-30	3	20-30	0
30-45	5	30-45	11
45 y más	0	45 y más	0
Lugar de residencia		Lugar de residencia	
Madrid	4	Friuli Venezia Giulia	10
Cataluña	6	Emilia Romagna	1
Número de hijos		Número de hijos	
1	3	1	2
2	4	2	9
3	1	3	0
Lugar de parto no hospitalizado		Lugar de parto no hospitalizado	
Domicilio	8	Domicilio	11
Casa de partos	0	Casa de partos	0
Lugar de nacimiento de los otros hijos		Lugar de nacimiento de los otros hijos	
Hospital	3	Hospital	7
Domicilio	2	Domicilio	2
Casa de parto	0	Casa de parto	0

La idea de conectar los discursos de las mujeres españolas e italianas sobre el tema de la seguridad y del riesgo surge a partir de la identificación de una gran cantidad de elementos comunes durante el proceso de análisis de las narrativas recolectadas.

2. EL CONTEXTO

Tanto en Italia como en España, la medicalización del parto sigue siendo muy alta. Entre los indicadores de un exceso de medicalización aparece la tasa de cesárea: el 31,8% en 2019 sitúa Italia entre los países europeos con tasa más alta, aunque en disminución en los últimos años (38,0% en el 2009). Las regiones del sur siguen siendo aquellas que presentan un porcentaje más alto (en Campania es el 52,9%), así como los hospitales privados afiliados al sector público (45,9% de los partos son cesáreas en contra del 30,0% de cesárea en los hospitales públicos (Ministero della Salute, 2021). También se observa el uso excesivo de oxitocina y de episiotomía durante el parto, esta última efectuada en el 43,6% de las mujeres italianas (Lauria, et al., 2012). El promedio de ultrasonidos en las mujeres italianas con embarazo fisiológico es de 5,3%, con mucha falta de homogeneidad regional, incluso en Cerdeña aumenta al 7,4%. La mayoría de las mujeres italianas (78,5%) consultan al ginecólogo privado, en muchos casos (74,7%), aunque alrededor del 98,0% de todos los partos se dan en un hospital público (ibidem). Esto significa que la presencia del médico-ginecólogo es importante también en el seguimiento de embarazo sin riesgos, en tanto que en países como los Países Bajos o el Reino Unido éste es un ámbito de competencia exclusiva de las matronas (Quattrocchi, 2018). Es importante mencionar que el exceso de medicalización está lejos de los deseos de las mujeres italianas. Según una encuesta del Instituto Nacional de Estadística, el 94,7% de las madres primerizas que dieron a luz por parto espontáneo declararon que en un segundo parto habrían preferido otra vez un parto espontáneo; en las multíparas que dieron a luz por cesárea, el 96% habría preferido un parto vaginal (ISTAT, 2007).

En España, la situación es similar y el papel marginal de la mujer en las decisiones sobre su cuerpo y su salud se ha señalado con frecuencia desde las ciencias sociales (Fernández del Castillo, 1994; Fuentes, 2001; Montes-Muñoz, 2007; Montes-Muñoz, et al., 2009; Blásquez Rodríguez, 2010; Esteban, Comelles y Díez Mintegui, 2010; Brigidi y Cuadrada, 2021).

La mayoría de los nacimientos se realizan en los hospitales públicos (75,0%), después de un seguimiento realizado por las matronas (por ejemplo, en los Centros de Atención Primaria) y/o por el ginecólogo público (más frecuentemente) o privado. Recurrir al ginecólogo para el embarazo fisiológico es una práctica común, tal como en Italia. Entre los indicadores de una medicalización creciente existe la tasa de cesáreas: en 2011 fue del 22,3%, cuando en 1985 era del 10,5% y en 1996 del 20,0% (INE, 2013); en los últimos años se encuentra al rededor del 24-25% y en el 2018 subió al 26,0% (INE, 2019).

Llama la atención que estos procesos siguen ocurriendo pese la evidencia médico-científica que demuestra la ineficacia o el peligro de un exceso de intervención, sobre todo si son realizadas de manera rutinaria. Ya en 1985, la OMS recomendó evitar - como prácticas sistemáticas - afeitar el pubis, el enema, la inducción del parto, la analgesia en el parto, la vigilancia fetal diferente a la auto-auscultación, la posición de litotomía durante el parto, la ruptura artificial de membranas, la episiotomía y la cesárea (WHO, 1985; 1996).

En realidad, los gobiernos no han sido sordos al llamamiento internacional. Tanto en España como en Italia se han implementado políticas nacionales que remiten a estas recomendaciones. En España, el cambio de actitud se dio en 2007 con la promulgación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, promulgada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio Sanidad y Consumo, 2007). Con respecto a Italia, en este país ya en 1998-2000 se lanzó el *"POMI-Progetto Obiettivo Materno-infantile"* (Ministero della Salute, 2000), cuyos principales objetivos fueron la humanización del servicio y la capacitación del personal. En los años siguientes, se publicaron también guías para combatir el exceso de intervencionismo, entre éstas las *"Linee guida per sulla gravidanza fisiologica"* (Ministero della Salute, 2011) y las guías para contener la cesárea: *"Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole per il parto cesareo"* (Ministero della Salute, 2012).

A pesar de estas políticas, los hospitales y las clínicas, ya sea en Italia o en España, parecen aún mostrar ciertas dificultades en traducir las directrices en una práctica cotidiana más centrada en la fisiología; en otras palabras, en "respetar" un parto y un nacimiento. El cambio de actitud por parte de los profesionales de la salud y la revisión de protocolos requieren probablemente de más tiempo, de más apoyo político, de una formación adecuada, así como de la reapropiación por parte de las mujeres de la confianza en sí mismas y en sus potencialidades. Estas dificultades han sido aún más claras durante la pandemia por Covid-19, que ha representado un recesión política y epistémica en términos de buenas prácticas y de derechos de las parturientas (Quattrocchi, 2021). En cambio, las preocupaciones por un parto respetado y por el exceso de intervencionismo se encuentran muy presentes en los discursos de quienes optan por opciones distintas a la medicalización, tanto a nivel personal como profesionalmente: las matronas que trabajan de manera independiente (afuera de las instituciones de salud) y las mujeres que deciden dar a luz en un lugar diferente al hospital.

3. PARIR, NACER EN CASA Y NACER EN CASAS DE PARTO

Hoy en día, cada vez más, las mujeres reclaman la posibilidad de elección acerca de los lugares, las personas, las prácticas relacionadas con su salud y la de sus seres queridos, sobre todo cuando se trata del nacimiento de un hijo/a. En general, cuando esto sucede, se niega en su totalidad o en parte, el modelo biomédico de atención hospitalaria, con el intento de buscar formas más naturales de dar a la luz. El interés en estos temas está creciendo en muchos países europeos, aunque el porcentaje de mujeres que opta por un tipo de atención diferente, que se realiza en el domicilio o en una casa de parto, es todavía marginal: en promedio entre 1 y 2 %. Porcentajes ligeramente superiores se encuentran en Islandia (1,8%), Inglaterra (2,7%) y en Gales (3,7%) (Europeristat, 2010). La única excepción notable es el caso de los Países Bajos, con una tasa de partos no hospitalarios de 27,7% (Europeristat, 2010). En Italia y España los porcentajes de partos no hospitalizados están por debajo de la media europea: menores de 1%. La falta de información sobre la oportunidad, en forma privada y/o pública, de ser atendidos en lugares distintos de los hospitales y de las clínicas es un elemento importante que considerar. Al mismo tiempo, el debate científico y jurídico sobre estos temas es muy limitado, y en ocasiones la literatura científica con relación al tema también es poco

conocida por la clase médica. No obstante, son amplias las evidencias que demuestran que parir en un lugar que no sea el hospital en los países desarrollados es tan seguro como el parto hospitalario y en algunos casos es incluso más seguro puesto que las intervenciones innecesarias son muy reducidas (Olsen y Clausen, 2012; Vedam, et al., 2012; Reitsma et al., 2020).

En términos legales, es importante mencionar que en 2010 el Tribunal Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo - en el caso *Ternovsky vs. Hungría*¹ - estableció que el “derecho al respeto de la vida privada incluye el derecho de elección de las circunstancias relacionadas con el propio parto”. Por otro lado, el Parlamento Europeo en la Resolución A2-38 de 1988² mencionaba el derecho a “la atención adecuada en el caso se eligiera un parto domiciliario, en conformidad con las condiciones ambientales y psico-físicas de la parturienta y del niño o niña”. Sin duda, el reconocimiento político influye sobre la difusión masiva de estos aspectos. España e Italia presentan una condición distinta sobre este punto. En Italia, las mujeres que quieren dar a la luz en su domicilio o en una casa de parto pueden pagar por su cuenta la atención de una matrona independiente. Las competencias regionales en el ámbito de la salud han permitido que 11 regiones de los 20 existentes legislaran sobre el asunto. Las regiones que ya tienen una ley son en orden cronológico: Lombardía (1987), Abruzzo (1990), Liguria (1995), Valle d'Aosta (1998), Marche (1998), Emilia Romagna (1998), las provincias autónomas de Trento y Bolzano (1997-1998), Toscana (1999), Piemonte (2002), Sicilia (2010) y Lazio (2011). Lo que diferencia las distintas regiones es la implementación de lo que establece la ley. En algunas regiones se ofrece el reembolso parcial de los costos del servicio ofrecido por una matrona independiente: la región Emilia-Romagna,³ por ejemplo, reembolsa el 80% del costo del parto. En otros casos, se otorga el servicio en virtud de un acuerdo con la institución pública tal es el caso que sucede en Turín, la capital del Piemonte, con la experiencia del Hospital S. Anna. En otras ocasiones la prestación es directa, brindada por el mismo servicio nacional de salud. Es éste el caso de las ciudades de Parma, Reggio-Emilia y Modena, en Emilia-Romagna, y también del hospital público S. Maria Nuova de Reggio Emilia (Quattrocchi, 2014; Quattrocchi, 2018).

En España, no existe un reconocimiento legislativo, ni económico por parte del legislador. La mujer que no desea dar a luz en el hospital paga por su cuenta la atención de una matrona independiente y elige el domicilio que considera apropiado, que puede ser el de ella o de otra persona: eso aparece como un domicilio privado, un lugar que tampoco es considerado ilegal en temas de nacimientos. Tampoco se ha normativizado la casa de maternidad que, desde el punto de vista legal, representa una casa privada en la que un grupo de profesionales se reúnen y trabajan para perseguir sus objetivos de acuerdo con la forma legalmente prevista por la ley tal como puede ser una asociación o una cooperativa. Cabe destacar que el reconocimiento político y el apoyo económico no implican directamente un reconocimiento

¹ El caso trata de la detención de la matrona húngara Agnes Gereb, encarcelada por haber atendido un parto no hospitalario. La historia es narrada en el documental “*Freedom for Birth*”.

² Carta Europea de los derechos de la parturienta.

³ Se trata de una región históricamente reconocida como “de vanguardia” en temas de educación, políticas públicas, salud, etc.

social, sin embargo, ayudan a que el servicio sea más accesible: el costo de un parto en la casa varía desde los 2000 hasta los 3000 euros en ambos países.

4. SEGURIDAD Y RESPETO EN EL PARTO NO HOSPITALARIO

Las matronas que asisten en la casa y en las casas de parto, al igual que las mujeres que han dado a luz en lugares que no sean el hospital comparten, como ya se ha mencionado, la misma visión del proceso de embarazo-parto-nacimiento; una visión que se centra en el cuestionamiento de los supuestos y paradigmas biomédicos. El parto es, en esta perspectiva, en primer lugar, un proceso fisiológico y, como tal, debe ser interpretado y tratado.

La crítica se dirige al reduccionismo inherente a la mirada médica, que no nos permite capturar la normalidad - pero al mismo tiempo la singularidad y excepcionalidad - de este proceso; y comprenderlo en sus dimensiones existenciales, psicológicas, sociales, culturales e, incluso, espirituales. Esta complejidad se vuelve marginal, a veces, invisible en una visión y una práctica focalizada en el concepto de «riesgo reproductivo», en el abuso de la tecnología, en el tratar a las mujeres embarazadas como enfermas y, por último, en el cuidado del recién nacido a través de mecanismos que no tienen nada en común con el "nacimiento sin violencia" propugnado por Leboyer (1975) ya en los años 70.

Es en esta diversidad de enfoque que se sitúan las distintas experiencias y prácticas, y el diálogo/no diálogo entre parto medicalizado y parto no medicalizado. La construcción de los conceptos de «riesgo» y «seguridad» es un emblema de esta situación. De acuerdo con la práctica médica, el «riesgo» es la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir daños. Un «factor de riesgo» es cualquier característica comprobable o circunstancia que es notoriamente asociada con una alta probabilidad de ocurrencia del evento adverso. Los factores de riesgo en el embarazo son múltiples: una enfermedad previa de la madre, aquellas enfermedades tanto de la madre como del feto desarrolladas durante el embarazo, la edad de la madre, las anomalías de su aparato reproductivo, las anomalías en el feto y determinados estilos de vida como, por ejemplo, el hábito de fumar. El enfoque preventivo durante el embarazo enfatiza la necesidad de una conducta orientada a prevenir algo que podría ocurrir. El "buen ginecólogo", se convierte entonces en el profesional que requiere más pruebas, exámenes, consultas posibles. Esto se traduce en un intervencionismo excesivo, rutinario y estandarizado, sin importar el estado real de salud de la mujer. En este contexto, la tecnología se convierte en un recurso que proporciona seguridad tanto a la mujer como al profesional. Incluso, en el momento del nacimiento, estar físicamente en un lugar donde hay el máximo de dispositivos médicos y tecnológicos, constituye la máxima seguridad posible.

Estos elementos casi nunca están presentes en el discurso de las matronas que asisten en una casa de parto o en las mujeres que han dado a luz en su casa. Claramente, esto no significa para ellas el desconocimiento de los factores de riesgo reconocidos por la biomedicina, ni el rechazo de la tecnología cuando sea necesario. Las matronas se forman en trayectoria académicas muy medicalizadas y tienen muy claros estos aspectos (Spina, 2009). Al mismo tiempo, las mujeres son conscientes de que una determinada enfermedad pasada o

presente puede afectar el estado de su embarazo o la salud de su hijo, y que la tecnología es un apoyo fundamental durante el proceso diagnóstico y terapéutico. Lo que quiero decir, sin embargo, es que estos aspectos no contribuyen sustancialmente a la construcción de su propio concepto de riesgo y de seguridad. Tecnología y recursos médicos son elementos que permanecen en gran medida al margen de un discurso y de una práctica que se centra en otros aspectos, puesto que un punto fundamental sobre las mujeres que dan a luz en la casa es que generalmente son mujeres sanas, así como sus hijos. En ambos países, las directrices (Campiotti, 2019; Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, 2010) regulan la atención ofrecida a las mujeres en ciertas situaciones de riesgo o con embarazos patológicos. En Italia, se consideran contraindicaciones como la preeclampsia, las cardiopatías graves, la diabetes tratada con insulina y los partos gemelares. Se consideran en cambio contraindicaciones “relativas” (a evaluar durante el proceso) positividad al estreptococo beta hemolítico al término del embarazo, diabetes gestacional, multiparidad (más de 4 hijos), cesárea previa (Campiotti, 1991). Desde la perspectiva médica, sin embargo, la mujer con un embarazo normal es tratada como si estuviera en situación de riesgo; de lo contrario no podríamos explicar la cantidad de ecografías, análisis, etc., que nos muestran los datos estadísticos: es decir, lo que es significativo no es sólo el estado real de la salud de la mujer, sino la lente que se utiliza para mirarla.

Entonces, ¿Cuál es el concepto de la seguridad que tienen las mujeres que dan a luz fuera de los hospitales? ¿Cómo y cuándo las mujeres se sienten en riesgo? Como veremos, se trata de elementos que la mayoría de las veces no remiten a una etapa precisa de la trayectoria (primer / segundo / tercer trimestre) o a un “factor” en especial, sino al proceso en su conjunto. Esto está alineado con una visión del embarazo como un proceso continuo y complejo, en el cual es difícil distinguir – fuera de una mirada médica – momentos específicos y estandarizados. Las mujeres y las matronas, tanto en Italia como en España, mencionan como elementos de seguridad a lo largo de todo el proceso las siguientes condiciones: 1) El conocimiento mutuo, 2) La continuidad y la personalización de la atención, 3) El respeto de los tiempos y del proceso, 4) El papel protagónico de la mujer y la posibilidad de elegir, 5) El papel “pasivo” y la “discreción” de la matrona, 6) La no intervención, 7) La confianza en las habilidades y competencias de cada uno, 8) El entorno favorable. A continuación, abordaré cada uno de estos aspectos.

4.1. El conocimiento mutuo, la continuidad y la personalización de la atención

El conocimiento mutuo, la continuidad de la atención y personalización de la atención son elementos profundamente dependientes entre sí. La matrona independiente sigue a la mujer durante todo el proceso, desde el embarazo hasta el puerperio. Aunque la relación puede empezar en diferentes momentos, en algunos casos ya en el primer trimestre del embarazo, en otros, más tarde, el tiempo para conocerse se considera muy importante para ambas partes. La matrona puede así entender las dinámicas fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales específicas de esa mujer y de esa pareja en particular; la atención y el acompañamiento no serán entonces estandarizados, tal como ocurre en el hospital, sino al

contrario, se tratará de un proceso co-construido y renegociado constantemente durante el desarrollo del embarazo. A través de la comprensión y del conocimiento mutuo, la mujer adquiere confianza en la matrona que la atenderá durante el parto, mientras que la profesional aprenderá a reconocer las fortalezas y las debilidades que pudieran afectar el desarrollo del proceso. Este proceso contribuye a la construcción del concepto de seguridad tanto en las mujeres como en las profesionales:

“Yo sí necesito conocerlas y que me conozcan. También para establecer una relación de confianza, yo necesito conocerla: qué es lo que quieren, cómo quieren vivir su experiencia; porque es una experiencia transformadora, si quieres acompañar, tienes que conocer sus miedos, sus esperanzas, sus ilusiones; y poderla respetar en el parto, pariendo. No es el parto así solo, hay un tiempo de reflexión también”. (Teresa, matrona española).

“La relación con ella [la matrona] fue muy buena, cercana, encantadora, muy sincera, amistosa. Te hace sentir a gusto, te trata como una igual, ¿no? Te hace sentir que tú eres...ella te empodera, te da fuerza, te da poder, te hace sentir que tú puedes, y te trata a un nivel... El ginecólogo te trata, para mí, de superior”. (Susana, mujer española, mamá de un hijo nacido en casa).

4.2. El respeto de los tiempos, del proceso y el no intervencionismo

Para todas las mujeres entrevistadas “ser respetada y sentirse respetada” es crucial. Es una condición que les hace sentirse seguras. No es sólo un respeto general, sino el respeto de sus necesidades específicas, sobre lo que realmente necesitan. Tanto las matronas y las mujeres están de acuerdo en que los protocolos hospitalarios no permiten respetar a la mujer y sus necesidades:

“Vi que en el hospital no había ninguna posibilidad... porque a la mujer no la conoces, debes implementar los protocolos, hay prisa porque el médico te dice que hay otra cosa más que hacer... Tú no vas a tener la posibilidad de cumplir con la mujer y sus tiempos, en el momento del parto con lo que realmente necesita: no ser molestada, que se le ayude, que le coqueteen, que le apoyen.” (Elisa, matrona italiana).

En los protocolos de asistencia al parto, los tiempos relacionados con la dilatación (un cierto número de pulgadas/centímetros por hora) están bien definidos y cada fallo se mira con sospecha o se considera un factor de riesgo. En un parto fuera del hospital, por el contrario, los tiempos no son los de la asistencia sanitaria, del protocolo estandarizado o de una lógica consumista que connota de manera muy fuerte el modelo biomédico (Blázquez-Rodríguez 2010); son los tiempos de la madre y del bebé:

“Es algo de ella [de la mujer], son sus tiempos. Tú no puedes determinar antes, o como lo hacen ellos [en el hospital]: ahora debe dilatarse un centímetro, si no queda fuera de esta cosa... Pero ¿quién dijo eso? A veces estoy en la casa 24 horas y no pasa nada, está la mujer de 3 cm y en media hora cuando se decidió a dar a luz... ¿No? Pero si tú vas al hospital, estás fuera de los tiempos, fuera de la mediana, fuera de... ¿no? Hay que empezar a... Acelerar las contracciones, romper la bolsa, monitorear de manera continua... Todas estas cosas ¿A qué llevan? Si uno ya está estresado, jamás lo ayudarás a resolver algo de esta forma, ¿no?” (Luciana, matrona italiana).

Esta duración prolongada que a menudo no corresponde con el “promedio”, no se considera indicativa de riesgo durante un parto en casa. Por el contrario, para las matronas y las mujeres seguir el tiempo natural del parto es considerado un elemento esencial de la seguridad. En primer lugar, esta actitud conduce a la mutua confianza en las propias capacidades, es decir,

dar a luz a su hijo para las mujeres y acompañar este proceso para las matronas; y luego debido a respetar los tiempos fisiológicos significa “no hacer nada”: ninguna aceleración, ni química (oxitocina) ni psicológica (“usted no se ha dilatado lo suficiente en estas dos horas”); o sea, ninguna prisa, ningún cambio de turno del profesional, ningún parámetro demasiado rígido.

La matrona espera, observa, apoya y actúa sólo cuando es necesario. Su acción, sin embargo, nunca afecta al proceso, ya que se cree que éste tiene en sí mismo la capacidad de perpetuarse. El papel de la matrona es entonces de “acompañante”: acompañar y facilitar de un proceso que de por sí es endógeno. Son importantes desde esta perspectiva las palabras de la matrona Teresa:

“Yo no tengo relación con el tiempo de Cronos, para mí no me importa el tiempo del reloj, es un tiempo de vivencia, es un tiempo de experiencia. Entonces, no es un tiempo de reloj. Pero sí de ir viendo cómo va evolucionando, cómo lo va viviendo y qué necesita en este momento: estar tranquila, necesita masaje, apoyo a través de la palabra, tal vez del contacto, y desde allí...”
(Teresa, matrona española).

No apresurar el tiempo significa, a nivel práctico, ser capaz de no intervenir: acompañar el proceso sin hacer acciones “extrañas” como son la administración de oxitocina, la ruptura artificial de las membranas, la episiotomía, y más. Esto no siempre es fácil, sobre todo para un profesional que se ha formado dentro del paradigma biomédico. La capacidad de cumplir con el ritmo es esencial para una matrona, afirma Montserrat quien se define como “*ginecóloga de formación y matrona de corazón*”:

“Una persona que tenga una capacidad de contacto importante, que pueda asumir un respeto a los ritmos y los tiempos. Que también es capaz de ponerse...capaz de esperar, ¿no? Y respetar el proceso de otra persona, ¿no? O sea, es una capacidad en el ritmo.”
(Montserrat, ginecóloga española).

El enfoque no intervencionista constituye un elemento de seguridad para las mujeres que deciden dar a luz en casa por lo menos en dos aspectos: por un lado, les evita una serie de situaciones clínicas potencialmente dañinas como los efectos secundarios de un medicamento; por otro lado, se le ahorran problemas o dificultades inherentes al proceso de una ruptura a nivel psico-emocional que puede ser de un momento, de un proceso, de una relación, etc.). El rechazo de este enfoque y el saber que en el hospital es difícil evitar algún procedimiento estándar son algunas de las razones por las que muchas mujeres optan por un parto no hospitalario. En las palabras de Susana:

“Sabía que, si iba al hospital, algo me van a poner, un gotero, algo... Lo mínimo una episiotomía me van a hacer [...], y a veces tienen unos tiempos, tienen unas cosas que si tú no cumples intervienen... Y yo quería evitarlo.” (Susana, mujer española, mamá de un hijo nacido en casa).

El no intervencionismo tiene que ver con otro elemento considerado fundamental por las mujeres: la discreción de las matronas durante el parto. Es una característica muy destacada por todas las mujeres que he entrevistado y que representa para ellas una fuente de seguridad doble: por un lado, indica que el proceso está avanzando bien y que ella como mujer tiene

todas las capacidades para llevar a cabo el proceso; por el otro, remite a la seguridad de tener a su lado una profesional, que si es necesario “aparece”.

“Así discreta, capaz de desaparecer cuando... Quiero decir que no tengo ningún recuerdo de ella, excepto en un momento: recuerdo que me sostenía un poco cuando estaba saliendo la cabeza, me agarraba el perineo, porque yo sentía una presión muy fuerte y entonces ella me sostuvo para evitar desgarros. Y eso me hizo bien. Al nacer G. pesó 3.750 kg. Lo pesamos ya liberado de su meconio, nació grande; pero yo ni siquiera tengo una sutura, ningún desgarre, no tengo nada”.
(Anna, mujer italiana, mamá de dos hijos nacidos en casa).

“Salió [el parto] como muy respetado, muy tranquilo sin prisa, tuve una experiencia... Su papel [de la matrona] fue “estar.” Me acuerdo de que ella me propuso de cambiar de postura, por ejemplo, pero me dolía más, entonces me cambié. Pero nada más. Estaba allí, no me interrumpía mi proceso. [...] la recuerdo como presente pero invisible.”
(Ruth, mujer española, mamá de dos hijos nacidos en casa).

4.3. Papeles y confianza mutua

Un elemento adicional de seguridad para la mujer es la confianza en las habilidades y competencias de su matrona. Esto significa que la mujer sabe que en el momento en el que se presente una dificultad la matrona será capaz de manejarla y/o resolverla; y si así no fuera, de trasladarla al hospital. Sin embargo, confiar no significa “delegar”. Las mujeres que dan a luz fuera de los hospitales desean mantener en sus manos la gestión del proceso embarazo-parto-nacimiento: de hecho, esto es precisamente lo que buscan, un acompañamiento no invasivo, que no les expropie de su papel y de sus conocimientos:

“Me parecía por lo que había oído, leído e incluso por lo que era mi experiencia, iba con el ginecólogo a revisiones que más que darte poder y hacerte fuerte, ayudarte, te hacen sentir un poco como una niña pequeña, te quitan a veces tu poder de decisión o tu poder como mujer. Incluso, te tumban en una camilla, te ponen las piernas así en los estribos, y tú vas, ves que van pasando cosas alrededor, pero no controlas. Y yo quería personalmente que fuera un momento para mí: estar centrada, vivirlo de una forma algo más natural, bonito, controlado por mí, bueno, por la naturaleza”.
(Susana, mujer española, mamá de un hijo nacido en casa).

Estas mujeres suelen tener mucha confianza en sus propias habilidades y competencias: la capacidad de dar a la luz, la capacidad de alimentar a sus hijos, la capacidad de hacerlos crecer en las mejores condiciones posibles. Con respecto al parto, esta toma de conciencia hace que estas mujeres se sientan seguras de poder ser protagonistas de este momento tan excepcional y de ser capaces de llevar a cabo todo el proceso con éxito:

“Me sentía super empoderada, me sentía una diosa, sabes que es un poder tremendo. Una sensación brutal, de poder hacer, estoy, que no te interrumpan”.
(Ruth, mujer española, mamá de dos hijos nacidos en casa).

“Era como una forma de empoderar [...], fue tomar poder y conciencia del cuerpo, y de saber que, claro, podemos parir como nosotras queramos y respetar nuestro cuerpo y nuestras visiones.”
(Patricia, mujer española, mamá de un bebé nacido en casa).

Al mismo tiempo, como ya he mencionado, no se olvidan de que en caso de necesidad existen médicos y hospitales:

“Sentir la sensación de no necesitar a nadie, pues realmente si hay un problema, pues, estará el hospital o la ayuda de alguien, pero si todo va bien no hace falta nada ni nadie más que tu cuerpo y dejarte ya... Yo no hice nada... Yo estaba allí esperándole”.

(Ruth, mujer española, mamá de dos hijos nacidos en casa).

“Sentir la sensación de no necesitar a nadie” -como afirma Ruth- no significa evitar interrogarse sobre lo que podría suceder y sentirse siempre *a priori* seguros. La experiencia de Susana, quien es acompañada por su marido en este dudoso camino de confianza y conciencia, es emblemática de una trayectoria no siempre lineal y fácil, ni para la pareja ni para la mujer misma:

“Yo le decía a él: ‘El parto es una cosa natural y como cualquier cosa de la vida puede necesitar medicamentos’, pero no por el solo hecho del parto, ¿no? A él le daba miedo que pasara algo. Tuvimos que estudiar cuáles eran los peligros y ver cómo se solucionaba en cada caso. Por ejemplo: un desprendimiento de placenta: ¿Qué tienes que hacer? Pues te da tiempo de ir al hospital... Él vio que si teníamos una urgencia estábamos cerca del hospital, y esto lo convenció también”.

(Susana, mujer española, mamá de un hijo nacido en casa).

Un elemento importante en la narrativa de las mujeres es la capacidad de manejar posibles situaciones de crisis, tales como las causadas por la opinión, a menudo negativa, de familiares y amigos:

“También tenía un poco de miedo en mi interior y también cuando hablaba con otras personas tenía cierto miedo de si estaba siendo demasiado atrevida, cómo iba a reaccionar mi cuerpo, ¿no? Si pasaba algo pues yo me iba a sentir muy mal ¿no? Porque estaba siendo muy insistente. Pero otra parte de mí estaba convencida que eso tenía que ser así. Y luché entre el miedo y la seguridad.”

(Susana, mujer española, mamá de un hijo nacido en casa).

“Intenté no hablarlo con muchas personas que estuvieran en contra porque sus argumentos me alteraban mucho la cabeza. Al principio lo dije, pero cuando vi la reacción: ¡estás loca, te va a pasar algo, se va a morir el niño, se han muerto en el pasado! Tanta angustia...”

(Patricia, mujer española, mamá de un bebé nacido en casa).

4.4. El entorno favorable

“Ellas [matronas] me preguntaron qué esperaba yo, cómo lo vivía [el proceso], lo que yo quería. Les dije que yo necesitaba de mi cueva, y luego he creado mi cueva. Creo que todas las mujeres lo hacen. Entonces, estando en su casa una elige que es su casa, ¿no es cierto? Lo que una quiere. Si quieres tomarte una ducha, lo haces, ¿no?”

(Francesca, mujer italiana, mamá de una hija nacida en hospital y de un hijo nacido en casa).

La “cueva” de Francesca introduce un tema complejo, que me permite delinear algunas conclusiones. Muy a menudo, en relación con el éxito de un parto, se subraya la importancia del así llamado “entorno favorable” (WHO, 1996). Sin embargo, lo que se debe considerar “favorable” no es igual por cada mujer y en cada experiencia. Podemos suponer que el entorno propicio es aquel que permite a la mujer de “dejarse ir”, sentirse completamente a gusto y desde allí ser capaz de abrirse a una experiencia que es tanto física como mental. En otras palabras, sentirse realmente seguras. Sin duda, este tipo de seguridad, no se refiere sólo a la idea de que hay que evitar todos los riesgos posibles, es decir, la postura biomédica. Se trata de un concepto de seguridad multicausal y multidimensional, que se construye a partir de la posibilidad “de hacer lo que una quiere”; y “de lo que una siente que hay que hacer”. En otras

palabras, el punto de partida de la construcción de este concepto no está afuera de nosotras en cuanto a recursos tecnológicos, farmacológicos, logísticos, humanos etc., sino adentro: en cada cuerpo, en sus señales, que nos indican siempre el camino cuando se trata de un proceso natural. Esta idea de la seguridad - más compleja de lo que es contrarrestar los posibles factores de riesgo a través de prácticas diagnósticas rutinarias - está presente en todas las mujeres que deciden dar a luz fuera del hospital. Para ellas, seguridad no significa la alta tecnología, los espacios asépticos y las batas blancas, sino que significa vivir la propia experiencia en un entorno considerado adecuado a las necesidades y a la propia visión de las cosas. En la construcción de esta idea de entorno favorable, que no tiene que ver sólo con el lugar físico, sino con personas, relaciones, comportamientos, acciones, poderes, por lo que el domicilio de la mujer juega un papel importante. La casa se convierte en un factor adicional de seguridad tanto para ellas como para las matronas que las atienden. De hecho, todas las matronas consideran la casa una valiosa fuente de información con respecto a la mujer y a la pareja. Para la mujer, estar en su propio domicilio significa poder moverse y decidir con libertad, sin tener que pedir permiso a nadie. Allí las mujeres se sienten protagonistas de lo que está sucediendo, y no invitadas; al contrario, la huésped es la matrona. Además, en casa están presentes objetos, olores, sabores, espacios conocidos, que ofrecen seguridad y permiten identificar y/o construir su “cueva” como dice Francesca: el lugar en donde nacerá el bebé. En casa, también la pareja u otros miembros de la familia pueden moverse libremente, creando un marco de normalidad que representa para la mujer un elemento de tranquilidad. Todas las mujeres entrevistadas excluyen al hospital como un ambiente adecuado para “dejarse ir.” Así, por ejemplo, destaca Anna:

“El hospital ya se caracteriza también por el olor. Tan pronto como entras, con las dinámicas típicas del hospital, puede ser que estén allí conmigo otras 5, 10, 12, 3 mujeres, no importa, la gente que tiene que dar a luz de todos modos. Así que hay tiempos, un espacio limitado, alguien que me dice: ‘Usted póngase aquí, usted póngase allí.’ No parece compatible con lo que es la experiencia del parto. No creo que sea un ambiente propicio, a mí me parece más bien un ambiente inhibitorio.” (Anna, mujer italiana, mamá de dos hijos nacidos en casa).

Estar en casa también ofrece a las madres la seguridad con respecto a la posibilidad de elegir cómo dar la bienvenida a su hijo, en los primeros momentos después del nacimiento. Todas las mujeres y las matronas entrevistadas consideran esencial el contacto inmediato madre hijo, la no necesidad de prácticas invasivas inmediatamente después del nacimiento tales como lavar, vestir, examinar el bebé inmediatamente, por el contrario, prefieren amamantar enseguida, y en general, crear ese ambiente favorable desde el punto de sus necesidades, que – dicen todas – son muy pocas:

“Yo creo que [el parto en la casa] influye muy positivamente, sobre todo porque el vínculo de amor que se crea entre el bebé y la mamá es increíblemente grande, es como una leona protegiendo a su bebé, es que es alucinante las hormonas que están fluyendo, todo el rato con el bebé pegado a mí, dormíamos con él, la teta cuando quería, todo el rato pegaditas y esta sensación de protección y de amor, que es como están dentro del útero, tiene que ser como tienen que estar cuando salen, ¿no? Primeros meses, primeros años, esta protección creo que es positiva para ellos y para la mamá ¿no? (Ruth, mujer española, mamá de dos hijos nacidos en casa).

“Nosotras no bañamos al bebé de inmediato después del nacimiento, sólo tratamos de ponernos de puntillas y dejar todo lo que hay... Disfrutar. Realmente el bebé necesita sólo un par de cosas, todo

lo demás son rituales que son más útiles para quienes los hacen [los profesionales] que para el bebé o la madre. Los rituales sirven por lo general en el hospital para dar el poder a una determinada institución, a veces para justificar la presencia de determinado personal, pero hay realmente muy poca necesidad". (Annalisa, matrona italiana).

Estas palabras revelan una característica más del enfoque biomédico que - por definición - tiende a separar y a especializar. La ruta estándar de un bebé en un hospital es emblemática desde este punto de vista: de las manos de la matrona y/o del ginecólogo-obstetra presente en la sala de parto pasa a manos de la enfermera pediátrica, de la neonatología, de la pediatra, etc. Refleja una hiperespecialización que remite a un paradigma reduccionista y trata la persona como un objeto. Un proceso que encuentra legitimación en un entorno que hace que el "riesgo posible" (y, por tanto, el control para evitarlo) sea el principal motor de las acciones individuales. Las mujeres que optan por un parto domiciliario – como hemos visto – están convencidas de que el poder decidir libremente sobre la forma de recibir a su bebé, y evitarle a él también prácticas rutinarias, es un factor de seguridad.

5. CONCLUSIONES

En conclusión, quiero destacar que los conceptos de riesgo y seguridad en las experiencias de las mujeres que dan a luz en el domicilio o en una casa de parto sumados a las vivencias de las matronas que las atienden, difieren de los mismos conceptos de matriz biomédica. La diferencia, en general, se debe a una visión diferente del proceso y, en consecuencia, a una práctica de atención diferente. En las trayectorias no hospitalarias el embarazo, el parto y el nacimiento no son concebidos como eventos médicos, potencialmente de riesgo; sino que son vividos y tratados como procesos fisiológicos, que se beneficiarían de la intervención médica si hubiera una necesidad real. En esta perspectiva, el concepto de seguridad es más amplio y abarca aspectos de la vida social, familiar e individual, y no sólo aspectos médicos y clínicos. Entre los primeros se encuentran el poder decidir libremente sobre cómo, dónde y con quién dar a luz; la conciencia de que las mujeres tienen el saber y el conocimiento para llevar a cabo esta experiencia, el hecho de ser respetada en los tiempos, deseos y en sus necesidades, además de ser atendida por personas de confianza y poder hacerse cargo del bebé de la manera deseada. Asimismo, quiero subrayar el valor positivo dado al tiempo.

El nacimiento y el parto son procesos que tienen en sí mismos sus propias reglas, las cuales no se pueden estandarizar de manera forzada. El respeto a los tiempos es, desde esta perspectiva, un elemento básico de seguridad. En el parto no hospitalario, el transcurrir del tiempo no es algo que hay que mirar con sospecha. Compartir un camino significa sentirse corresponsable de las decisiones tomadas a lo largo del proceso, sin importar el resultado. Se trata de una coparticipación que tiene que ver con la posibilidad de que haya una relación horizontal entre la mujer y la profesional. No obstante, esto no significa que cada una no tenga su papel específico ni que la mujer simplemente no "se involucre" en el proceso de toma de decisiones con respecto a su cuerpo y su salud, sino que sea ella la protagonista de este proceso, aunque aconsejada y acompañada por la profesional.

El tema me parece interesante, y en gran parte inexplorado, sobre todo en cuanto a la relación con las trayectorias excesivamente medicalizadas. ¿Cómo explicarle a una mamá que “ha hecho todos los controles posibles”, que confiaba ciegamente en el profesional, que nunca ha planteado una duda con respecto a sus recomendaciones, el resultado negativo de un parto o embarazo? Yo creo que ampliar el concepto de seguridad tomando en cuenta los aportes de las mujeres y de las matronas que rechazan una medicalización no necesaria, no sólo podría contribuir a que el parto hospitalario sea menos medicalizado, sino también a que los aspectos contenciosos médico-legales sean menores.

Finalmente, quiero destacar, además, la relación entre el concepto de seguridad y el concepto de respeto de los tiempos, de los procesos, de las relaciones y de las competencias de cada una de las personas involucradas, inclusive cada bebé, de los lugares. Como hemos visto, por parte de las mujeres españolas e italianas entrevistadas, sentirse “segura” resulta ser sinónimo de “atención respetuosa”. Desde esta perspectiva y desde mi punto de vista sobresalen muchas similitudes con respecto al concepto de «*respectful maternity care*» promovido desde el discurso oficial⁴ (WHO, 2014; WHO 2018). Se trata de un discurso que se debería empezar a escuchar y a incorporar en nuestras prácticas de atención con el fin de mejorarlas. En primer lugar, debido a que necesitamos contener el intervencionismo innecesario durante el parto y el nacimiento para erradicar la violencia obstétrica, reconocida como una violencia multidimensional que entrelaza, entre otras dimensiones, el género y la estructura social, (Bowser y Hill, 2010; Castro y Erviti, 2015; Bohren, et al., 2015; Freedman y Kruck, 2014; Sadler, et al. 2016; Brigidi y Busquets-Gallego, 2019; Pickles y Herring, 2020; Quattrocchi y Magnone, 2020). Sucesivamente, para tomar conciencia de la legitimidad de otras ontologías más allá de la perspectiva biomédica. Eso significa salir de la hegemonía epistémica (De Sousa Santos, 2010) de la biomedicina para recuperar otras experiencias y perspectivas. **¿Será una vez más que los saberes “marginales”, en términos cuantitativos y no cualitativos, sean necesarios y útiles para descentrar nuestra mirada y deconstruir nuestras asunciones tan “naturalizadas”?**

Este artículo se debe citar como:

QUATTROCCHI, P. (2022). «Seguridad» y «respeto» durante el parto y el nacimiento. El aporte de las mujeres y de las matronas españolas e italianas desde un modelo de atención no medicalizado. *Revista (Con)textos*, 10 (1): 13-33.

⁴ Véase <https://www.respectfulcareresources.com/> y <https://www.whiteribbonalliance.org/respectful-maternity-care-charter/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLÁSQUEZ-RODRÍGUEZ, M. (2010). *Nosotras parimos. ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?* Málaga: Atenea-Universidad de Málaga.
- BOHREN, M.A., VOGEL, J.P., HUNTER, E.C., LUTSIV, O., MAKH, S.K., SOUZA, J.P., ET AL. (2015). "The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review". *PLoS Med.* 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- BOWSER, D., HILL K. (2010). "Exploring Evidence for Disrespect and Abuse". En: *Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Cambridge: Harvard School of Public Health, University Research Co.
- BRIGIDI, S., BUSQUETS-GALLEGU, M. (2019). "Interseccionalidades de género y violencias obstétricas". *Musas*, 4(2): 37-52.
- BRIGIDI, S., CUADRADA, C. (2021). *Maternidades, experiencias y narraciones. Una mirada a través de los campos de saberes*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- CASTRO, R., ERVITI, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca, México: CRIM-Universidad Nacional Autónoma de México.
- CAMPIOTTI, M. (2019) [1991]. *Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio*. Varese: Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità. Varese: Casa Maternità.
- COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA. (2010). *Guías de asistencia al parto en casa*. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers.
- DAVIS-FLOYD, R. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Barkley: University of California Press.
- DAVIS-FLOYD, R., SARGENT, C. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Barkley: University of California Press.
- DAVIS-FLOYD, R., BARCLAY, L., DAVISS, B.A., TRIETTEN, I. (2010). *Birth models that work*. Berkeley: University of California Press.
- DE SOUSA SANTOS, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.
- ESTEBAN, M.L., COMELLES, J.M., DIÉZ MINTEGUI, C. (eds.). (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- EUROPERISTAT. (2010). *European Perinatal Health Report*. <https://www.europeristat.com/>
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, I. (1994). *La revolución del nacimiento: partos respetados, nacimientos más seguros*. Madrid: Ediciones Verticales.
- FRANKLING, S., RAGONÉ, H. (1998). *Reproducing Reproduction: kinship, power, and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- FREEDMAN, L.P., KRUK, M.E. (2014). "Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas". *Lancet*, 384(9948): 42-44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
- FUENTES, M. (2001). *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género*. Barcelona: Icaria.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA [INE]. (2013). *Cifra de Población y Censo demográfico*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA [INE]. (2019). *Cifra de Población y Censo demográfico*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA [ISTAT]. (2007). *Indagine Multiscopo sulle Famiglie. Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari- 2005*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.
- JORDAN, B. (1997). "Authoritative knowledge and its construction". En: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, F. (eds.) *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Barkley: Carolyn University of California Press, pág. 55-79.
- LAURIA, L., LAMBERTI, A., BUONCRISTIANO, M., BONCIANI, M. Y ANDREOZZI, S. (2012). *Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Rapporto ISTISAN 12/39. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- LEBOYER, F. (1975). *Birth without violence*. London: Healing Arts Press.
- LOCK, M., NGUYEN, V.K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley Blackwell.

- MARTIN, E. (1987). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- MILLER, S., ABALOS, E., CHAMILLARD M., CIAPPONI, A., COLACI, D., COMANDÉ, D., ET AL. (2016). "Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide". *Lancet*, 388: 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO. (2007). *Estrategia del Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo.
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2000). *Progetto Obiettivo Materno Infantile - Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*. Roma: Ministero della salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2011). *Linee Guida per la Gravidanza fisiologica*. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità.
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2012). *Linee guida Taglio cesareo. Una scelta appropriata e consapevole*. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità.
- MONTES-MUÑOZ, M.J. (2007). *Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. [Tesis Doctoral]. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- MONTES-MUÑOZ, M.J., MARTORELL-POVEDA, M.A., CONTI-CAÑADA, M.J., JIMÉNEZ-HERRERA, M. (2009). "Tecnología médica en el embarazo Usos y representaciones". *Periferia*, 11: 1-17.
- OAKLEY, A. (1985). *Le culture del parto*. Milano: Feltrinelli.
- OLSEN, O., CLAUSEN J.A. (2012). "Planned hospital birth versus planned homebirth". *Cochrane Library Database of Systematic Reviews*, 9(9): 352-364. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>
- PICKLES, C., HERRING, J. (2020). *Childbirth, Vulnerability and Law. Exploring Issues of Violence and Control*. London: Routledge.
- QUATTROCCHI, P. (2014). "Homebirth and the National Health Service in Italy. A qualitative study in the Emilia-Romagna Region". *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 13(3): 32-39.
- QUATTROCCHI, P. (2018). *Oltre i luoghi comuni: partorire e nascere a domicilio e in casa maternità*. Firenze: Editpress.
- QUATTROCCHI, P., MAGNONE ALEMÁN, N. (2020). *Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Lanús, Argentina: EdunLa.
- QUATTROCCHI, P. (2021). "Biopolitica, rischio e violenza ostetrica ai tempi dell'emergenza pandemica. Un'analisi processuale della "separazione da Covid-19". En: QUAGLIARIELLO, C. (ed.) *Coronial. Antropologia della riproduzione e della sessualità al tempo del COVID-19*. Milano: Franco Angeli (en prensa).
- REGALIA, A., COLOMBO, G. (2019). *La nascita. Rischi reali e pericoli percepiti*. Roma: Carocci.
- REITSMA, A., SIMIONI, J., BRUNTON, G., KAUFMAN, K., HUTTON, E.K. (2020). "Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses". *EClinicalMedicine*, 21, 100319. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
- SADLER, M., SANTOS, M.J., RUÍZ BARDUN D., ROJAS, G.L.; SKOKO, E., GILLEN, P., CLAUSEN, J.A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- SPINA, E. (2009). *Ostetriche e midwives. Spazi di autonomia e identità corporativa*. Milano: Franco Angeli.
- VEDAM S., STOLL K., AAKER J., WHITE S., SCHUMMERS S. (2009). "Nurse-midwives' experiences with planned home birth: impact on attitudes and practice". *Birth*, 36(4), 274-282. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00354.x>
- WHITE RIBBON ALLIANCE. (2011). *Respectful Maternity Care. The Universal Rights of Childbearing Women*. Washington DC.: White Ribbon Alliance.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (1985). "Appropriate technology for Birth". *Lancet*, 24: 436-437.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (1996). *Care in normal Birth. A practical Guide*. Genève: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2014). *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth*. Genève: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. (2018). *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genève: WHO.

* * *

