

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

El parto es nuestro [Childbirth is Ours]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Villarme, Stella;Olza, Ibone;Recio, Adela
Publisher	Revista Internacional de Éticas Aplicadas
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-04 03:12:58
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/228354

El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España

Stella Villarrea
Universidad de Alcalá
stella_villarrea@uah.es

Ibone Olza
Equipo Actúa
olzafernandez@gmail.com

Adela Recio
Cuerpo Superior de Estadísticos
del Estado
adela_r@yahoo.com

Childbirth is Ours: The Impact of a Users Association in the Reform of the Obstetric System in Spain

RESUMEN: Este trabajo analiza la contribución de la asociación civil *El Parto es Nuestro* a la reforma del sistema de salud obstétrica vigente durante los últimos diez años en España. El objetivo del estudio es mostrar hasta qué punto esta asociación de usuarias ha contribuido de manera directa al desarrollo de la democracia deliberativa en el campo sanitario en España. Como instrumento de análisis para explicar el tipo de debate que el activismo en torno al parto y nacimiento ha puesto en marcha durante estos años en nuestro país, este trabajo utiliza una herramienta novedosa: la teoría de las controversias de Marcelo Dascal y su tipología de los debates como *discusiones*, *disputas* y *controversias*.

En relación con esta teoría, el presente capítulo presenta tres hipótesis epistemológicas. La primera hipótesis sostiene que la asociación *El Parto es Nuestro* ha contribuido al desarrollo de la democracia deliberativa en España al implicarse de manera activa en el debate obstétrico para lograr el paso desde lo que podemos considerar un primer periodo – una fase inicial de *discusión*, en sentido técnico dascaliano, entre 2001 y 2004 – a través de un segundo periodo – una fase intermedia de *disputa*, entre 2004 y 2007 – hasta llegar al tercer periodo actual – la fase de *controversia*, desde 2007 hasta el presente. La segunda hipótesis considera que el debate en torno al nacimiento es, en estos momentos en nuestro contexto, una *controversia*, en términos estrictos dascalianos. La tercera hipótesis de trabajo identifica la innovación conceptual como uno de los factores que transforman un debate tipo *discusión* o *disputa* en un debate tipo *controversia*. Este texto localiza, presenta y analiza algunos datos y situaciones concretos que permiten formular y validar cada una de dichas hipótesis.

Como conclusión, el estudio sostiene que esta asociación: 1) ha contribuido a hacer visible la situación del parto y nacimiento en España; 2) ha abierto el espacio argumental para que en el campo de la obstetricia puedan surgir debates que son técnicamente *controversias*; 3) ha contribuido a implementar cambios legales, sociales y políticos de gran alcance dentro de su propio contexto. Por estas razones, el estudio considera que la asociación ha jugado, y continúa jugando, un papel crítico y central al asumir la responsabilidad social compartida que debe caracterizar la evaluación de la atención sanitaria en lo que Mario Bunge ha definido como “democracia integral” (Bunge, 2013).

PALABRAS-CLAVE: Epistemología social; epistemología feminista; teoría de las controversias; Dascal; humanidades médicas; filosofía médica; filosofía del nacimiento; democracia deliberativa; activismo en torno al nacimiento; asociaciones civiles

ABSTRACT: This paper analyzes the contribution of the civil society association *Birth is Ours (El Parto es Nuestro)* to the reform of the obstetric health system in Spain from its origins in 2003 until the present years. The aim is to show to which extent the user's association *Birth is Ours* has contributed to deliberative democracy within the medical arena in Spain. To understand the kind of debate produced by childbirth activism in Spain, Marcelo Dascal's *theory of controversies* will be used.


In relation to this theory, this article presents three epistemological hypotheses. First hypothesis: the civil society association *Birth is Ours* has contributed to deliberative democracy in Spain and Europe by deeply engaging in the obstetric debate as to achieve the move from phase 1 – an initial phase of technical discussion between 2001 and 2004 – to phase 2 – an intermediate phase of technical dispute between 2004 and 2007 –, and to phase 3 – the actual state of technical controversy from 2007 until now. Second hypothesis: around childbirth there is nowadays a debate that we classify as *controversy*, following Dascalian terms. Many examples of obstetric controversies relate to when and why particular medical interventions are or are not necessary. Third hypothesis: linguistic innovation is one of the factors that turn a *discussion* or a *dispute* into a *controversy*.

The article concludes that the civil society association *Birth is Ours* has: 1) given visibility to the situation of childbirth in Spain; 2) opened a controversy around obstetric issues; 3) helped to implement very important legal, social and political changes in its context. Consequently, *Birth is Ours* has played, and continues playing, a critical role in assessing obstetric issues. It has then assumed the shared social responsibility that is peculiar of what Bunge calls an “integral democracy” (Bunge, 2013).

KEYWORDS: Social epistemology; feminist epistemology; theory of controversies; Dascal; medical humanities; medical philosophy; philosophy of pregnancy; deliberative democracy; childbirth activism; consumer's groups

1. La noción de “democracia deliberativa” y su estudio

Desde los años 80 especialmente, numerosas asociaciones, grupos, organizaciones e instituciones sociales y civiles se han involucrado de

Este artículo está también publicado en Rosana Triviño y David Rodríguez-Arias (eds.): *Cuestiones de vida y muerte. Perspectivas éticas y jurídicas en torno al nacer y el morir*, Madrid-México, Plaza y Valdés, 2015, ISBN: 978-84-16032-71-6. Agradecemos a los editores del libro y de Plaza Valdés su autorización para esta reedición. 

Received: 01/03/2015
Accepted: 01/04/2015

manera creciente y a distintos niveles (diseño, propuesta, desarrollo, evaluación, seguimiento, etc.) en la gobernanza de los sistemas de salud en todo el mundo. A pesar de la gran cantidad de bibliografía internacional que estudia la reforma de los sistemas de salud, existen todavía pocos estudios que analicen directamente la parte que la sociedad civil ha jugado en estas reformas, más allá de la mención de su función como instancia normativa. Este tema cobra un enorme interés en el momento actual, en el que el presupuesto público está sometido a una presión que va en aumento debido a los recortes de financiación y a la tendencia global hacia la implantación de mercados de atención sanitaria de gestión externa (privada) o intermedia (público-privada). Dado que las asociaciones civiles juegan un papel crucial en el desarrollo concreto que adopta esta dinámica, resulta iluminador estudiar su contribución. Tal es la motivación de este trabajo: analizar la contribución a la reforma de los sistemas de atención sanitaria de un caso concreto de organización civil, la asociación española *El Parto es Nuestro*¹. Su trabajo nos parece un magnífico ejemplo del papel esencial que una asociación de usuarias puede jugar en la construcción de una *democracia deliberativa*.

“Democracia deliberativa” o “discursiva” es como se denomina en teoría política al tipo de democracia en el que la deliberación forma parte constitutiva del proceso de decisión. Como sistema político, incorpora de manera integrada elementos de la toma de decisiones por consenso y a través de la regla de la mayoría. La diferencia entre la democracia deliberativa y la democracia tradicional reside en que la primera considera que la fuente primaria de legitimidad de la ley reside en la deliberación auténtica y no simplemente en el voto. Luego para que una decisión democrática sea legítima, debe estar precedida por una deliberación auténtica y no sólo por el mero agregado de preferencias característico de una votación. Una *deliberación auténtica* es el tipo de deliberación que se produce entre agentes cuando estos toman una decisión pudiendo ser independientes o libres de las distorsiones que producen las situaciones de poder político desigual. Un ejemplo de distorsión en el reparto de poder político es la que surge cuando determinados agentes reciben apoyos derivados de la riqueza económica de ciertos sectores o de la presión de los grupos de interés.

La teoría de la democracia deliberativa reconoce la existencia de un conflicto de interés entre los ciudadanos que participan en la decisión, quienes están afectados o pueden sufrir las consecuencias de los procesos que vayan a ponerse en marcha y

la entidad colectiva que organiza la decisión. De ahí que considere necesario que en la toma de decisiones se hagan esfuerzos para incluir y tener en cuenta a los grupos marginados, aislados o ignorados, así como para reflejar y documentar de manera precisa en qué consiste el desacuerdo, cuáles son las razones que lo sustentan y cuáles son las predicciones que cabe estimar sobre las consecuencias futuras de las acciones que se adopten. De esta manera, la noción de democracia deliberativa presta atención tanto a los resultados como al proceso en su conjunto. Intenta así ser no sólo una teoría política sino también una teoría de la educación cívica.

A nivel académico, se suele considerar que el primer estudio destacado de los aspectos deliberativos de la democracia se dio en la obra de 1971 de John Rawls, *Una teoría de la justicia*. Desde entonces, muchos han sido las y los pensadores que se han volcado a desarrollar la noción de democracia deliberativa como, por ejemplo, Jürgen Habermas, Jon Elster, Joshua Cohen, John A. Dryzek, Amy Gutmann o Seyla Benhabib, entre otros. Aunque los teóricos de la política fueron los primeros en tomar la iniciativa y desarrollar el estudio de la democracia deliberativa, en años más recientes también los politólogos se han interesado por estudiar sus procesos. Uno de los muchos retos a los que ambos se enfrentan hoy en día es conocer mejor las condiciones bajo las cuales los ideales de democracia deliberativa pueden llegar a realizarse, más o menos, en la actualidad. Existe mucha investigación sobre el tipo de razones que deberían ofrecerse mutuamente la ciudadanía y sus representantes. Así, por ejemplo, según Amy Gutmann y Dennis Thompson, estas razones deberían ser recíprocas, accesibles, vinculantes y dinámicas o provisionales (Gutmann y Thompson, 2002).

No cabe duda de que sería muy interesante aplicar cualquiera de estos modelos de teoría política o de ciencia política a la comprensión del papel que ha jugado la asociación *El Parto es Nuestro* en los debates obstétricos en nuestro país. Así, por ejemplo, sería muy valioso mostrar en detalle su contribución a la formulación de los cuatro tipos de razones que describe el modelo de Gutmann y Thompson; de hecho, quizá este trabajo ofrezca datos que puedan ayudar a realizar en su momento un proyecto de esa naturaleza. Pero, en vez de aplicar las herramientas de la teoría y de la ciencia políticas a la reflexión sobre la construcción de la democracia deliberativa, nuestro capítulo parte de la epistemología social, esto es, de la reflexión sobre cómo ciertos grupos sociales generan conocimiento y acción social.

En conclusión, este estudio desea aproximarse al estudio de la democracia deliberativa de una forma innovadora. Nuestro objetivo es entender el tipo de debates que genera el activismo pro-parto y nacimiento respetados en el seno de asociaciones civiles y científicas y en colegios profesionales del ámbito sanitario en España. Nuestra caracterización de los debates obstétricos utiliza la teoría de las controversias de Marcelo Dascal (Dascal, 1995, 1998a, 1998b). Apelamos, pues, a su influyente clasificación de los debates como *discusiones*, *disputas* o *controversias* como marco conceptual desde el que construir nuestro propio argumento sobre la contribución de las asociaciones civiles españolas al desarrollo de una “democracia integral” (Bunge, 2013).

2. La teoría de las controversias de Marcelo Dascal

En su teoría de las controversias, Marcelo Dascal clasifica los debates en tres tipos ideales: *discusiones*, *disputas* y *controversias*. En lo que sigue se ofrece una exposición breve de las premisas centrales que distinguen estos tres tipos ideales de polémicas, a partir de elementos descritos a lo largo de su obra (Dascal, 1995, 1998a, 1998b):

- *Discusiones*: son debates que giran en torno a un tema bien delimitado. En estos casos las y los contendientes suelen reconocer que la principal razón de su discrepancia es un error sobre un concepto o procedimiento, si bien no suelen coincidir a la hora de dilucidar cuál es la naturaleza del error y quién lo comete. Las discusiones se caracterizan porque pueden ser *solucionadas*, al corregir el error de turno aplicando procedimientos aceptados por sus contendientes.
- *Disputas*: las y los interlocutores implicados en las disputas parten de que la razón de su discrepancia no es un mero error sino una profunda diferencia de actitudes, sentimientos o, simplemente, preferencias. Al no haber procedimientos comúnmente aceptados para corregir error alguno, las disputas no se solucionan sino que, en el mejor de los casos, se *disuelven*.
- *Controversias*: estos debates comienzan en torno a un tema específico, pero pronto se extienden –siguiendo un curso impredecible– a otros problemas reflejando profundas discrepancias referentes a presupuestos básicos de índole

fáctica, metodológica o conceptual: así, aunque se parte de algunos principios comunes gracias a los cuales la controversia no se torna totalmente anárquica o arbitraria, constantemente se discrepa sobre la interpretación de los datos, la metodología empleada, la teoría de referencia, etc. Como estas divergencias se refieren tanto a actitudes y preferencias como a desacuerdos sobre los procedimientos para solucionar problemas, no se limitan a ninguno de estos aspectos, por lo que no pueden ser ni solucionadas ni disueltas. En el mejor de los casos, las controversias pueden ser *resueltas* por medio de una de estas vías:

1. los contendientes o su comunidad de referencia pueden reconocer que uno de los bandos implicados en la controversia ha acumulado suficientes argumentos a su favor como para zanjarla;
2. la controversia puede facilitar que aparezcan nuevas posiciones que resulten aceptables para las partes en litigio;
3. cada una de las partes implicadas puede aclarar a la otra en qué consistían las partes generadoras de la controversia.

Es importante recordar que Dascal considera que las disputas, las discusiones y las controversias no se presentan en estado puro o, lo que es lo mismo, las polémicas reales suelen contener elementos de cada uno de los tres tipos ideales de polémicas, lo cual no impide que los analistas sean capaces de distinguir cuál de estos tipos es el dominante en cada caso.

Más allá de los aspectos centrales de la teoría de Dascal, este trabajo defiende que es posible utilizar su clasificación de las discusiones, disputas y controversias para describir la contribución de ciertas asociaciones civiles a diferentes contextos de democracia discursiva. El resto de este capítulo desarrolla este punto.

3. Tres hipótesis epistemológicas sobre los debates obstétricos

La presentación anterior de la teoría de las controversias nos ayuda a introducir y justificar las tres hipótesis epistemológicas con las que trabaja este estudio:

- *Primera hipótesis*: la asociación civil *El Parto es Nuestro* ha contribuido a la democracia deliberativa en España al implicarse de manera activa en el debate

obstétrico para lograr el paso desde lo que podemos considerar un primer periodo de *discusión* – tal y como este concepto se entiende técnicamente en la teoría de Dascal –, entre 2001 y 2004, a través de un segundo periodo intermedio de *disputa* técnica, entre 2004 y 2007, hasta llegar al tercer periodo actual de *controversia* técnica, desde el 2007 hasta el momento presente.

- *Segunda hipótesis*: el debate actual en torno al nacimiento es, en términos técnicos dascalianos, una *controversia*. Muchos ejemplos de controversias obstétricas se refieren a cuándo o por qué son o no son necesarias determinadas prácticas o intervenciones médicas.
- *Tercera hipótesis*: la innovación conceptual es uno de los factores que transforman una *discusión* o *disputa* en una *controversia*.

Las secciones siguientes se ocupan de explorar una descripción de los datos que permita validar estas tres hipótesis. Justificamos nuestra primera hipótesis describiendo la contribución de la asociación *El Parto es Nuestro* a cada una de las tres fases del debate sobre nacimiento que hemos señalado, así como al paso entre uno y otro periodo.¹ Apoyamos nuestra segunda hipótesis resaltando que muchos ejemplos de controversias obstétricas se refieren a cuándo o por qué son o no son necesarias determinadas prácticas o intervenciones médicas. Sostenemos nuestra tercera hipótesis recordando ejemplos concretos de innovación conceptual. Finalizaremos este estudio mencionando algunas conclusiones sobre la relación entre la racionalidad, la normatividad y la praxis que cabe extraer a partir del análisis de estas hipótesis.

4. Primer periodo del debate español sobre el parto: la fase de discusión

Durante la fase técnica de *discusión* los asuntos relacionados con el parto y el nacimiento se consideran una cuestión intra-expertos. Las organizaciones colegiadas sanitarias (en particular, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO) dejan claro con sus declaraciones y comportamientos que los debates que se producen en torno a estos asuntos son *solo* un tema de discusión. Evidentemente, los profesionales médicos no usan necesariamente el término “discusión” ni, mucho menos, lo utilizan en sentido dascaliano; pero lo que dicen y hacen implica que el debate se localiza en la primera fase de nuestro argumento.

Un ejemplo significativo del estado de la cuestión en esta fase es el hecho de que el *Protocolo de asistencia al parto normal* de la SEGO (SEGO, 2003) no hace ninguna mención a la opinión o voluntad de las mujeres implicadas. El protocolo habla simplemente de si la mujer está de parto o no, de cómo explorarla o de cómo evaluar la situación pero no aborda nunca que haya que considerar la opinión o voluntad de las mujeres como partes activas que son en el proceso y trabajo de parto.

A continuación describimos algunas de las acciones y campañas desarrolladas por la asociación El Parto es Nuestro, desde sus orígenes en 2001 hasta 2004. Nos parece que ilustran a la perfección nuestra hipótesis de que el debate en torno al parto en aquellos años estaba en la fase de discusión.

En julio de 2001, dos madres (Ibone Olza Fernández y Meritxell Vila Conesa) fundaron el foro de apoyo virtual *Apoyocesáreas*. Los objetivos de este grupo eran: 1) ofrecer apoyo psicológico a las madres que habían sufrido una o más cesáreas; 2) apoyar la lactancia tras la cesárea; y 3) ayudar a prepararse para lograr un Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC) en el siguiente embarazo o para tener una cesárea repetida más satisfactoria, si era preciso. Los temas más recurrentes en ese foro virtual eran: las dificultades para verbalizar y expresar el sufrimiento emocional relacionado con el parto, los sentimientos de pérdida por haber perdido una parte integral de la experiencia de la maternidad, el duelo por la pérdida del parto natural, la lactancia y/o las primeras horas o días del recién nacido, los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), como *flash-backs* o recuerdos intrusivos del parto, el enfado y la rabia con los profesionales al percibir la cascada iatrogénica de intervenciones, el miedo a no volver a estar nuevamente embarazada o a fracasar en el intento de un PVDC, las dificultades para volver a confiar en los profesionales, el sentirse ayudada o sanada por el apoyo de otras madres y por tener una experiencia más satisfactoria en el siguiente embarazo y parto (Olza Fernández, 2003; Olza Fernández, 2010). Para contextualizar estas percepciones y situaciones, es importante saber que las mujeres que dan a luz por cesárea suelen tener una percepción más negativa de su experiencia de parto: las cesáreas influyen negativamente en el estado anímico materno y en sus percepciones, al disminuir el control que la madre puede tener sobre su parto y por la frustración de sus expectativas sobre el mismo (Lobel y DeLuca, 2007). Los grupos de apoyo a las madres que han tenido cesáreas ofrecen información, apoyo emocional entre iguales, un grupo de referencia, así como una oportunidad de ayudar a otras, además de aumentar el activismo de las usuarias en

el sistema de salud (Lipson, 1981). En un estudio reciente de Tully las madres que habían tenido cesáreas describían el debate sobre la adecuación de la cesárea como una crítica social en vez de un tema de salud (Tully y Ball, 2013).

Pronto llegaron a la lista *Apoyocesáreas* mujeres que no habían tenido cesáreas, pero que se sentían igualmente traumatizadas por sus partos vaginales, especialmente por el trato recibido por parte de los profesionales sanitarios. Un tema recurrente en la lista era el constatar hasta qué punto había sido inadecuado el trato recibido y cómo la mayoría de las intervenciones eran obsoletas y no estaban refrendadas por la evidencia científica. Muchas de estas madres, que no eran sanitarias, comenzaron a estudiar y aprender sobre la atención obstétrica, para poder comprender que les había pasado a ellas en sus partos, en primer lugar, y para poder iniciar un diálogo con los profesionales, en segundo lugar. El activismo del parto es con frecuencia una secuela del parto traumático (Sawyer y Ayers, 2009). Muchas de las madres de la lista se convirtieron en activistas del parto respetado para intentar cambiar y mejorar la atención al parto en España. De forma similar a la descrita en otros grupos virtuales de apoyo a cesáreas —como *International Cesarean Awareness Network (ICAN)*²—, algunas mujeres se transformaron en líderes preparadas, capaces y empoderadas para contribuir de forma significativa a las áreas de investigación, implantación de políticas, defensa y mejora de la calidad institucional a nivel nacional (Romano, Gerber y Andrews, 2010). En poco tiempo también, se unieron a la lista profesionales de la atención al parto de diferentes países de habla hispana.

Un artículo publicado en la revista *British Medical Journal* en 2002 describía así el panorama obstétrico español: “el grado de medicalización en España se ve reflejado en una de las mayores tasas de cesáreas de Europa (26,4% en Cataluña con un incremento del 40% en cinco años); se ha criticado a los obstetras por no permitir que las mujeres participen en la toma de decisiones sobre sus cuidados en la maternidad” (Johanson, Newburn y Macfarlane, 2002).

En octubre del 2003, veinte madres de la lista *Apoyocesáreas* y un padre fundaron la asociación *El Parto es Nuestro*. La abogada Francisca Fernández Guillén, una de las socias fundadoras, describía así su motivación:

“La mayoría de nosotras habíamos llegado a la maternidad bien entrados los treinta, con cierto grado de seguridad económica y profesional, y la sensación de que las luchas feministas (o, al menos, las ‘verdaderas’ luchas feministas como el acceso al empleo o a la educación, al

aborto o a la igualdad ante la ley) eran logros del pasado conseguidos mucho tiempo atrás. Pensábamos que podríamos disfrutar tranquilamente de los frutos del esfuerzo de nuestras madres y abuelas sin necesidad de seguir esforzándonos o colaborando con la causa feminista. Creíamos que la discriminación sexista sólo afectaba a las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas. Pero esas creencias se desmoronaron en el momento en que dimos a luz a nuestros propios hijos y fuimos humilladas, infantilizadas, utilizadas y brutalmente privadas por médicos, enfermeras, e incluso nuestras propias familias de nuestra dignidad y de la fantasía de que la igualdad era un logro ya conseguido" (testimonio).

Los objetivos principales de la asociación, descritos en los estatutos, eran:

1. Prestar apoyo psicológico a mujeres que han sufrido cesáreas y partos traumáticos.
2. Mejorar la atención materno-infantil en España y promover la desaparición de toda forma de discriminación contra la mujer, fomentando el respeto por parte de la sanidad pública y privada de acuerdo con las recomendaciones de la OMS sobre salud materno-infantil y con los Tratados Internacionales sobre derechos humanos relacionados con los derechos reproductivos, la procreación, el embarazo, el parto, el nacimiento, el puerperio y la lactancia.
3. Difundir y distribuir información sobre salud reproductiva y atención perinatal en sus aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.
4. Reducir el número de cesáreas innecesarias y partos traumáticos, mejorando la satisfacción de las madres con respecto a la vivencia del parto.
5. Recuperar el protagonismo de las madres y las familias en el acontecimiento de parto, favoreciendo la percepción del parto por parte de la sociedad en general y de la obstetricia y la clase médica en particular como un proceso fisiológico sano y seguro.
6. Promover los cambios legislativos oportunos.
7. Ofrecer apoyo legal.
8. Promover un cambio en los estudios de matronería para conseguir que sea una especialidad independiente.
9. Favorecer la lactancia materna.

Durante los primeros cuatro años de andadura (2003-2007), las socias de *El Parto es Nuestro* priorizaron estos puntos: a) ofrecer apoyo a las mujeres que habían tenido partos traumáticos; b) dar información a las embarazadas y a sus parejas; c) intentar que el problema con la atención al parto saliera en los medios de comunicación; d) intentar contactar con las instituciones, tanto sanitarias como sociales. Pensamos que todas estas iniciativas y acciones se pueden incluir en la primera fase de nuestro argumento: el debate obstétrico por aquel entonces en España estaba en la fase de *discusión técnica*, usando los términos dascalianos.

5. Segundo periodo del debate español sobre el parto: la fase de disputa

Durante la fase técnica de *disputa*, el activismo pro parto y a favor del nacimiento respetado participa de manera activa en el debate. Su modo de intervención contribuye a construir un nuevo marco conceptual en la medida que formula y difunde preguntas y respuestas en torno al nacimiento que modifican la aproximación habitual de las *discusiones* obstétricas, transformando los temas en asuntos *disputados*. A pesar de ello, y confirmando que el debate está en fase de disputa, se considera que tanto la asociación *El Parto es Nuestro* en su conjunto como sus socias a nivel individual son participantes "recién llegadas", es decir, elementos tangenciales o laterales en los debates obstétricos.

Un ejemplo perfecto del estado de la cuestión al que se enfrenta esta fase es el Seminario de Atención al Parto que se celebra en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid ya en 2005. El seminario contó con la asistencia de unos trescientos profesionales sanitarios. A raíz de este encuentro se firmó "La Carta de Madrid"³. Aunque el documento contiene aspectos interesantes, deja claro que las usuarias no son consideradas y que son solo los expertos quienes debaten. Este documento es muy significativo para revelar hasta qué punto la opinión de los profesionales no incluye de ninguna forma a las usuarias y nos recuerda el punto de referencia del que parte el debate en estos años.

Los siguientes párrafos recogen algunas de las acciones que llevó a cabo la asociación *El Parto es Nuestro* entre 2004 y 2007. Las presentamos como ejemplos que apoyan nuestra afirmación de que el debate sobre el parto y nacimiento se encontraba durante esos años en una fase técnica de *disputa*:

Las socias comenzaron a dar charlas en todo tipo de foros civiles y profesionales: congresos científicos de obstetricia, cursos de lactancia, congresos de matronas, etc. Incluso sin ser invitadas, algunas socias acudían a congresos y reuniones profesionales, científicos o académicos para visibilizar el problema y lograr que se escuchara la voz de las madres. Además, escribían cartas a los medios de comunicación, a los directores y/o editores de los periódicos, dando su opinión cada vez que aparecían noticias en prensa, radio y televisión relacionadas con el parto⁴. Puesto que el primer objetivo era sacar el tema a la luz, es decir, generar un debate público en la sociedad y ofrecer soluciones sobre cómo mejorar la situación, algunas socias muy activas contactaron directamente con periodistas para pedirles que sacaran el tema en sus medios. En el año 2004, en el cortometraje "Por tu bien"⁵, la cineasta Iciar Bollaín mostró a un hombre dando a luz para visibilizar el maltrato que sufrían las mujeres españolas en el parto. El corto terminaba con la frase: "¡El Parto es Nuestro, que nos lo devuelvan!". (El corto era parte del documental de denuncia colectiva "Hay Motivo"). En TVE dos documentales importantes abordaron el tema: "Los Dolores del parto"⁶ (*Línea 900*, 2005, dirigido por F. Campoy) analizó el incremento de cesáreas y "De parto"⁷ (*Documentos TV*, 2006 dirigido por M. Ortiz y A. Masllorens) profundizó en la atención obstétrica en España. En ambos documentales se entrevistaba a varias socias de la asociación y, en general, se daba una visión muy nítida de lo que desde la asociación se venía denunciando.

Aparecieron además artículos en los principales periódicos nacionales como *El País*, donde Rosa Montero publicó "El desastre de parir" en el suplemento semanal en agosto de 2006, un artículo que generó un número altísimo de cartas de respuesta, para asombro de la redacción del periódico. Algunas cartas eran de ginecólogos que se quejaban de la forma en que se había descrito el problema, al tiempo que amenazaban a los defensores del parto natural con los supuestos riesgos del parto no intervenido. Pero a la vez se recibieron numerosas cartas de madres que agradecían a la autora haber visibilizado el problema. El mismo periódico publicó en 2007 un especial de cuatro páginas sobre la atención al parto, significativamente titulado "El Parto es Nuestro"⁸.

6. Tercer periodo del debate español sobre el parto: la fase de controversia

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 157-183

Durante la fase técnica de *controversia*, el debate comienza a propósito de un tema específico, pero pronto se expande a otros asuntos. La polémica refleja un desacuerdo profundo respecto de las premisas básicas tanto sobre cuestiones conceptuales, como metodológicas o factuales. Al mismo tiempo, este momento del debate tienen la ventaja de permitir el intercambio de perspectivas junto con la apropiación de los puntos de vista de las partes participantes en el debate. Esta interacción y apropiación de puntos de vista alternativos genera cambios a nivel profesional y social.

Consideramos que el debate sobre el parto y nacimiento en España en la actualidad está en una fase de *controversia*, según la terminología dascaliana. Muchos de los ejemplos de controversias obstétricas se refieren a cuándo o por qué son, o no son, necesarias determinadas prácticas o intervenciones médicas. Se debate así sobre la ratio estándar de cesáreas, sobre el uso de analgesia o anestesia durante el parto, sobre el porcentaje de episiotomías, sobre la conveniencia de realizar tactos vaginales después de la semana 37, sobre el manejo de la bolsa amniótica, sobre la prohibición de que el acompañante entre al quirófano, etc. Nuestra hipótesis es que la innovación lingüística es uno de los factores que convierten una *discusión* o *disputa* en una *controversia*. Así, cuando el activismo en torno al parto habla, por ejemplo, de una "in-necesárea", "cesareada", "parto deshumanizado", "ginesaurio" o "violencia obstétrica", modifica el campo de debate y lo transforma propiamente en una *controversia*. La innovación conceptual que producen estos y otros ejemplos ha sido analizada más extensamente en otros lugares (Villarmeá, 2014, 2013, 2012).

En lo que sigue, presentamos algunos ejemplos de las acciones y campañas que ha llevado a cabo la asociación *El Parto es Nuestro* desde 2007 hasta nuestros días, a fin de justificar nuestro argumento:

La decisión de algunas socias de ir a las instituciones resultó ser una apuesta inteligente que dio un gran fruto. En 2007, el Ministerio de Sanidad español lanzó la *Estrategia de atención al parto normal*, que incorporaba muchas de las propuestas hechas tanto por las usuarias como por las profesionales de la asociación. Los dos primeros párrafos, firmados por el entonces ministro de Sanidad Bernat Soria, son muy elocuentes:

“La presente Estrategia responde a una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas, que se viene manifestando de manera creciente en los últimos años y ante la que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha correspondido liderando el proceso participativo con todas las personas y colectivos implicados, necesario para lograr su elaboración y consenso (...) Los contenidos de este documento son el fruto de la revisión de la evidencia científica, de la investigación existente, del análisis de las experiencias innovadoras identificadas, de modelos de buena práctica, y se ha construido con el trabajo conjunto de sociedades profesionales, organizaciones de mujeres y las administraciones sanitarias autonómicas” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 9).

Se reconocía, pues, el problema abiertamente:

“Aunque la atención al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud se desarrolla con criterios de seguridad y calidad semejantes a los de los países de nuestro entorno, son los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto, sobre los que hay un sentimiento generalizado de necesidad de mejora. Ese es el objetivo sustancial de esta Estrategia.” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008: 9).

La *Estrategia*, promovida desde el Observatorio de Salud de la Mujer, de la Dirección General Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, entonces dirigido por Concha Colomer Revuelta, fue aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en octubre del 2007. El texto admitía el impacto de la asociación como agente promotor del documento:

“Cada vez más, las organizaciones de mujeres reivindican el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en las decisiones, y en las mejores condiciones para ellas y las criaturas. De igual modo, es cada vez mayor el número de profesionales que plantean la posibilidad de reflexionar y poner en común experiencias y conocimientos, viendo en este movimiento una oportunidad para el debate y el acuerdo. Actualmente las mujeres reclaman una mayor participación en las decisiones que las afectan en el proceso de la atención al parto. Por otro lado, las sociedades profesionales médicas y de enfermería implicadas directamente en estos procesos asistenciales (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Asociación de Matronas de España y Comunidades Autónomas), han realizado recientemente protocolos y guías de atención al parto en las que se revisan algunos de los planteamientos más extendidos” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 14).

Además, la *Estrategia* se presenta como una herramienta de empoderamiento para las mujeres:

“Quisiera agradecer de manera muy especial el esfuerzo realizado por todas las personas que han participado en el proceso de elaboración de la Estrategia de Atención al Parto Normal,

como un instrumento para la acción y de reconocimiento al papel de las mujeres” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 9).

La influencia de la *Estrategia* y del activismo social se refleja en la aparición, en enero de 2008, de las *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*, publicadas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que sustituyen al *Protocolo de asistencia al parto normal*, publicado en 2003. Desde los párrafos introductorios, estas *Recomendaciones* señalan la necesidad del cambio en la atención al parto, así como la existencia de una demanda social para que este cambio suceda: “durante los últimos tiempos se está produciendo en nuestro país un cambio conceptual, tanto en la asistencia obstétrica en general como en la asistencia al proceso del parto en particular. Este cambio tiene como eje fundamental que la gestante sea el centro de la asistencia recibida” (SEGO, 2008: 1). El documento continúa diciendo:

“Es indudable que durante los últimos 30 años, la atención hospitalaria del parto ha hecho que el nacimiento sea un proceso bastante seguro y eficaz. Sin embargo, los ginecólogos somos conscientes de que la tecnología, a veces necesaria para controlar el proceso del parto conduce, paradójicamente, a una pérdida de intimidad durante el mismo creando una atmósfera y un escenario totalmente mejorables. Por ello desde la SEGO se está haciendo un esfuerzo por intentar humanizar el parto y con el fin de canalizar y dar respuesta, por un lado, a la demanda social actualmente existente y, por el otro, asegurar la salud materno-fetal es por lo que desde la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO, queremos emitir estas recomendaciones sobre la atención al parto” (SEGO, 2008: 1).

Además, las *Recomendaciones* publicadas por la SEGO en 2008 incluyen dos definiciones significativas, que no se encontraban en los protocolos publicados en 2003, la definición de “parto normal” y la de “parto no intervenido”, y que recogen las peticiones de las asociaciones de usuarias. La TABLA I compara el *Protocolo* 2003 con las *Recomendaciones* de 2008 y refleja algunos de los cambios más relevantes entre ambos documentos.

Tabla I. Cambios relevantes entre el Protocolo 2003 y las Recomendaciones 2008 de la SEGO

Periodo de dilatación	Protocolo 2003	Recomendaciones 2008
Vía intravenosa	Se debe canalizar una vena	Podría obviarse en determinadas circunstancias
Acompañamiento de la paciente	La idoneidad del acompañamiento familiar debe ser considerada en cada caso	La paciente podrá estar acompañada en todo momento por la persona que ella elija
Posición de la mujer	-	Se debe facilitar a la parturienta la adopción de la posición que le reporte un mayor confort

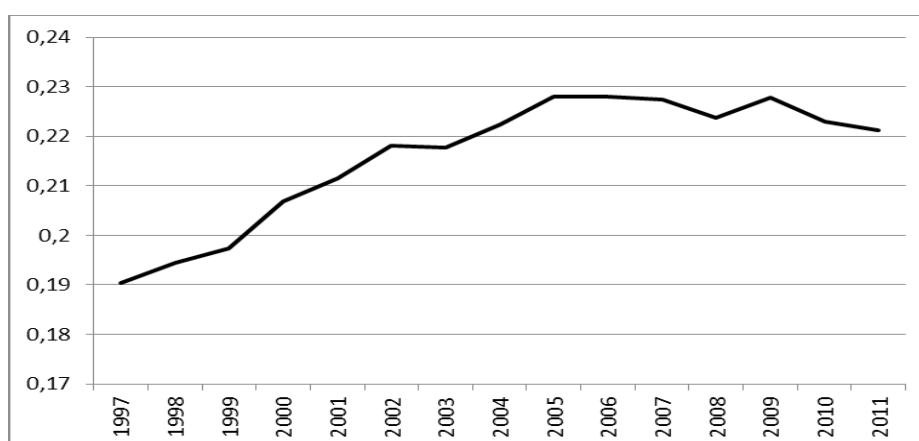
Enema	Se recomienda enema	Enema opcional
Ingesta de líquidos	-	No restringir la ingesta de líquidos
Ropa personal	-	Permitir a la gestante el uso de ropa personal e interior, así como objetos personales, música, etc.
Control del dolor	La analgesia epidural es el procedimiento de elección	Informar a la gestante de los medios de los que el centro dispone para el alivio del dolor. La analgesia de elección es la epidural, a la menor dosis posible que permita el control del dolor, con el fin de producir el mínimo bloqueo motor y permitir que la parturienta deambule o adopte aquella postura que le aporte una mayor comodidad
Tactos vaginales	Se puede practicar un tacto vaginal cada 1-2 horas o incluso antes	El número de tactos ha de ser el mínimo que permita valorar con seguridad la evolución del parto. Suele ser suficiente un tacto cada 2-4 horas o antes si el equipo obstétrico lo cree conveniente
Uso de oxitocina	La estimulación con oxitocina se pueden utilizar cuando la evolución del parto lo aconseje	El empleo de la oxitocina se limitará a los casos de necesidad
Apoyo emocional	-	Es importante proporcionar un soporte emocional adecuado

Periodo Expulsivo	Protocolo 2003	Recomendaciones 2008
Conducta del equipo obstétrico	-	Preferentemente una conducta expectante
Acompañamiento de la mujer	-	Si las condiciones del parto lo permiten, la mujer podrá estar acompañada por la persona que desee
Pujos	-	Si los pujos son efectivos, se dejará que los haga de la forma que ella desee para su comodidad
Postura de la mujer	La posición de parto más habitual en nuestro medio es con la parturienta en posición de litotomía	Dar opción a que la mujer adopte la posición que desee durante el expulsivo
Rasurado	-	No se realizará rasurado del periné de forma rutinaria
Episiotomía	Actualmente no se propugna la episiotomía sistemática	La práctica de la episiotomía ha de ser restrictiva
Distensión perineal	-	Se debe evitar el masaje continuo de vulva y periné
Tactos vaginales	-	Se deben practicar el menor número posible de tactos vaginales
Cordón umbilical	Acto seguido se secciona el cordón umbilical entre dos pinzas	Esperar hasta que el cordón deje de latir antes de seccionarlo

Madre-recién Nacido	Se procederá a la evaluación del estado del recién nacido con el índice de Apgar. A continuación se procederá, si la madre está despierta y el recién nacido en buenas condiciones, a ponerlo sobre el abdomen materno	No se separará al recién nacido de la madre, excepto que sea imprescindible
Comienzo de la lactancia materna	Incluso se puede recomendar la succión del pezón materno por el recién nacido	Facilitar el inicio de la lactancia materna lo antes posible

El cambio en la atención al parto que se produce en este tercer periodo del debate obstétrico se puede apreciar no sólo en los documentos oficiales, sino en la práctica real. El análisis de los datos señala el esfuerzo realizado por los profesionales para poner freno a la escalada de cesáreas. Aunque la tasa de cesáreas continúa excediendo lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, España, a diferencia de la gran mayoría de países de nuestro entorno, ha conseguido detener el incremento e incluso se observa un leve descenso en el ámbito de la sanidad pública, como se puede ver en el GRÁFICO I. Este descenso es aún más visible en la tasa de episiotomías, que se ha reducido a la mitad en los últimos diez años. Del mismo modo, se puede observar cómo cada vez son más las mujeres que dan a luz acompañadas por la persona de su elección y cómo aumenta la lactancia materna. Aunque de una forma todavía incipiente, estos datos reflejan el inicio de un cambio de tendencia en las prácticas obstétricas. La TABLA II refleja la evolución de algunos indicadores (tasa de cesáreas, episiotomías, amniotomías, acompañamiento de la mujer y lactancia materna) entre 1999/2000, 2005 y 2010.

Gráfico I. Tasa de evolución de las cesáreas en hospitales públicos en España



Fuente: Ministerio de Sanidad

Tabla II. Evolución de algunos indicadores perinatales

	1999 / 2000	2005	2010
Tasa de cesáreas en hospitales públicos españoles. Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos, Ministerio de Sanidad	19,7%	22,8%	22,3%
Tasa de episiotomías en hospitales públicos españoles. Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos, Ministerio de Sanidad	86,6%	64,5%	43,0%
Amniotomías en hospitales públicos españoles. Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos, Ministerio de Sanidad	16,0%	15,5%	14,3%
Acompañamiento de la mujer por una persona de su elección en los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana. Fuente: Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana	57%	65%	67%
Lactancia materna a los 6 meses en Cataluña. Fuente: Departamento de Salud, Generalidad de Cataluña	21%	31%	46%

En el año 2008, *El Parto es Nuestro* se incorporó a la European Network of Childbirth Associations (ENCA)⁹, la red de asociaciones a nivel europeo que trabaja para la mejora de la atención perinatal a madres y bebés. Dos representantes de la asociación participaron ese año por vez primera en la reunión anual en Varsovia. La red ENCA apoya, en todos los países, el empoderamiento de las mujeres, los cuidados al nacimiento centrados en la familia, la lactancia, y el modelo de cuidados de las matronas. Las usuarias activistas, familiares y educadores perinatales que se unen a ENCA reconocen la necesidad de desarrollar estrategias comunes que mejoren la atención en embarazo, parto y posparto en toda Europa. Al año siguiente, 2009, la reunión anual de ENCA se celebró en Madrid, organizada por *El Parto es Nuestro*. Otra de las iniciativas internacionales de la asociación ha sido la creación de un grupo *El Parto es Nuestro-Ecuador* en 2013, y se tiene la intención de seguir trabajando para la mejora de los cuidados obstétricos en otros países de habla hispana en el futuro.

La *Estrategia* fue el inicio de un trabajo continuo con el Ministerio de Sanidad. La colaboración estrecha dio lugar a frecuentes reuniones multidisciplinares entre asociaciones de mujeres, sociedades profesionales y administraciones sanitarias. Como resultado de este trabajo conjunto se publicaron las guías de práctica clínica sobre la atención al parto, así como las herramientas e indicadores para su evaluación y seguimiento. Por citar sólo un ejemplo, en octubre de 2011 hubo una reunión en el Ministerio de Sanidad a la que asistieron unos 350 profesionales del parto. Con motivo de dicha reunión, una compañía contratada por el Ministerio realizó, con la

ayuda de *El Parto es Nuestro*, el documental titulado "La voz de las mujeres", que contiene testimonios de madres hablando sobre sus partos.

En el año 2010 se produjo un enfrentamiento público en los medios de comunicación entre ginecólogos y matronas (muchas de ellas, hombres o matrones). En el hospital público Carlos Haya de Málaga, las matronas comenzaron a pelear para defender sus derechos, lo que generó unas semanas muy tensas¹⁰. Los ginecólogos del mismo centro rechazaron trabajar si el director del hospital reconocía a las matronas como responsables del parto normal, así que finalmente los ginecólogos recuperaron su posición de superioridad. Pero la batalla sólo acababa de empezar. Conviene recordar que, en el parto, el poder médico se ejerce de forma más efectiva con la colaboración de las matronas y la sumisión de las parturientas (Fahy, 2002). Normalmente, el poder médico es invisible, solo se visibiliza cuando encuentra resistencia. Sólo entonces se ven las amenazas y castigos que utiliza para lograr la sumisión. Las mujeres pueden empoderarse si, por ejemplo, la matrona comparte información sobre los derechos de las mujeres y las opciones legales que tienen si deciden rechazar algunas prácticas del protocolo médico (Fahy, 2002).

Finalmente, el debate que en la actualidad *El Parto es Nuestro* quiere visibilizar es el de la violencia obstétrica. El primer país que ha reconocido la violencia obstétrica como concepto legal ha sido Venezuela. En la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada el 19 de marzo de 2007, se define como violencia obstétrica:

"La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres" (Perez D'Gregorio, 2010).

En el artículo 51 de dicha ley, se detalla que se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica: 1) no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; 2) obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical; 3) obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer; 4) alterar el proceso natural del parto de bajo

riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; 5) practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Perez D'Gregorio, 2010). Para las usuarias es fácil comprender el concepto de violencia obstétrica. Nombrarlo puede facilitar que muchas mujeres revelen sus traumas de parto como primer paso para la recuperación emocional (Olza Fernández, 2013).

El Parto es Nuestro ha decidido empezar a nombrar la violencia obstétrica y promover un debate al respecto. La violencia obstétrica puede ser consecuencia de la medicalización extrema del parto. Las razones que llevan a los profesionales que atienden partos a ejercer la violencia obstétrica pueden ser variadas. Si los profesionales no tienen un espacio de apoyo donde abordar este aspecto iatrogénico de los cuidados pueden entrar en una espiral de medicalización creciente como única estrategia defensiva. Situar la violencia obstétrica en el centro del debate permitirá comenzar a cerrar el círculo vicioso y poner fin a la violencia en el parto. Comprender la relación que existe entre el trastorno de estrés postraumático tras el parto en las mujeres, el maltrato y las causas que favorecen ese tipo de cuidado iatrogénico, y el alto y profundo sufrimiento emocional que padecen muchos profesionales del parto es un paso fundamental para evitar estas situaciones. Es necesario un diálogo continuo entre grupos de usuarias y profesionales para poner fin a la violencia obstétrica (Olza Fernández, 2013). En el 2006 la asociación creó una lista de correo específica para profesionales de la atención al parto y ahora la lista es un lugar seguro donde los profesionales pueden debatir y compartir sus experiencias en torno a la violencia obstétrica.

A lo largo de estos años, la asociación ha buscado ofrecer información y concienciar a las usuarias y profesionales a través de diversas campañas, entre las cuales podemos citar las siguientes: "Contra la epistomía de rutina", "Campaña por la transparencia", "Que no os separen", "Descubriendo la maternidad", "Unidos en neonatos" y "Stop Kristeller". La Tabla III muestra los objetivos y resultados más importantes de estas campañas.

ISSN 1989-7022
DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 157-183
Tabla III. Campañas de El Parto es Nuestro

CAMPAÑA	AÑO	OBJETIVOS	RESULTADOS
Contra la episiotomía de rutina	2006	Limitar el uso de la episiotomía a las indicaciones establecidas por la evidencia científica. Ofrecer apoyo e información	Fue dirigida tanto a usuarias como a profesionales a los que se brindó información y asistencia cuando la requirieron
Por la transparencia	2007	Obtener estadísticas comparables de todos los hospitales de cesáreas, episiotomías, tasas de lactancia materna, partos instrumentales, separaciones, etc.	Obtención y publicación de datos por hospital
Que no os separen	2008	Informar a madres y padres de la importancia y del derecho a no ser separados de su recién nacido, e informar a los profesionales del perjuicio que supone para la salud del recién nacido se separado de su madre	La Campaña obtuvo el apoyo del Ministerio de Sanidad y asociaciones de matronas y su imagen se pudo ver en la mayoría de las maternidades. La web "Que no os separen" recibió miles de visitas y se convirtió en una referencia para los profesionales de la salud por toda la información basada en evidencia científica que contenía
Descubriendo la maternidad	2009	Proyecto educativo para mostrar a niños de cualquier edad el proceso del parto desde una perspectiva fisiológica	Se han impartido alrededor de 100 cursos dirigidos a niños de diferentes edades
Unidos en neonatos	2012	Mostrar mediante datos de todos los hospitales de España la falta de actualización de las unidades neonatales que restringen con horarios la entrada de los padres para estar con su recién nacido, contraviniendo sus derechos y en perjuicio de su salud	Repercusión durante meses en la prensa impulsando cambios efectivos en los hospitales y un acuerdo en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para acabar con las restricciones horarias en unidades neonatales y pediátricas
Stop Kristeller: cuestión de gravedad	2013	Informar a las mujeres de la maniobra de Kristeller, y de sus riesgos para ellas y sus recién nacidos	El análisis estadístico de las 340 entrevistas realizadas a mujeres a las que se practicó la maniobra muestra que en la gran mayoría de los casos no se informó de la maniobra a las mujeres (un 94% de los casos) ni se solicitó su consentimiento para realizarla (un 96%). Un 59% de ellas sufrió secuelas (desgarros, dolor o fractura costal, rotura uterina, hemorragia, etc.) y 27% de los bebés (dificultad respiratoria, fractura de clavícula, hematoma, etc.)

La campaña "Unidos en neonatos: no nos separen, es una cuestión de salud" recopiló información sobre todas las unidades neonatales de España. Esta campaña puso de relieve el alto porcentaje de centros que restringían mediante horarios la entrada a los padres a las unidades neonatales donde se hallaban sus recién nacidos ingresados, contraviniendo tanto las leyes como las recomendaciones de los organismos sanitarios. También mostró la fuerte variabilidad entre hospitales y la

diferencia entre sanidad pública y privada, siendo esta última la que sistemáticamente más restringía el acceso a los padres. La repercusión de esta campaña en la prensa y a nivel institucional ayudó a que el Senado votara por unanimidad, en diciembre de 2012, solicitar al Gobierno que los recién nacidos pudieran estar acompañados por un familiar en cualquier momento y a que en el verano de 2013 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobara el nuevo protocolo por el que los recién nacidos pueden estar acompañados por un familiar durante su estancia en la UCI neonatal.

Figura 1. Logo para la campaña "Unidos en neonatos", diseño de Gloria Lizano



La campaña "Stop Kristeller: cuestión de gravedad" tiene como objetivo poner de relieve los riesgos de la maniobra de Kristeller que, estando desaconsejada por la SEGO y el Ministerio de Sanidad, se realiza en los hospitales públicos españoles en al menos un 26% de los partos.

Figura 2. Logo para la campaña Stop Kristeller, diseño de Rosa de la Nava



Como afirma el grupo de pacientes, clínicos e investigadores que publicaron "The White Paper, e-Patients: How They Can Help Us Heal Health Care", en marzo de 2007: "cada vez es mayor la evidencia que proviene de otras disciplinas relacionadas con los cuidados de salud que señala que el cambio hacia un sistema dirigido por los usuarios está llegando" (Ferguson, 2007). La manera más eficaz de mejorar un sistema de salud es hacerlo más participativo (Ferguson, 2007). Como se puede comprobar, *El Parto es Nuestro* ha peleado para ser parte activa del sistema obstétrico español, para alterarlo y mejorarlo.

7. El impacto de la asociación el parto es nuestro en la reforma del sistema de salud obstétrica en España

Este trabajo defiende que en torno al nacimiento se libra una polémica que constituye una *controversia* en sentido dascaliano. En realidad, se trata de una controversia científico-médica, social y biográfica, ética y política acerca del concepto mismo de ser humano. Para entender esta afirmación, basta con darse cuenta de que clasificar el debate en torno al parto y nacimiento respetados como una controversia no es un asunto meramente epistémico, sino que también es una decisión política, relativa a la esfera de la racionalidad y la normatividad. Por eso, no sólo no es cierto que los debates sobre el nacimiento *sean* siempre e inevitablemente discusiones o disputas. Más bien lo que realmente ocurre es que, de hecho, *no queremos que sean* discusiones o disputas; *queremos que sean* objeto de controversia.

Esta afirmación nos remite a la siguiente pregunta, de profunda raíz filosófica: *¿qué somos y qué queremos ser?* Abordamos su contestación reflexionando sobre las tres alternativas epistémicas que se nos presentan. De un lado, si consideramos y tratamos el debate obstétrico como una *discusión*, estaremos juzgando y aceptando que es un debate de tipo interno o científico. Como tal, sólo los expertos tendrán algo que decir en él.² De otro lado, si el debate lo consideramos y abordamos como una *disputa*, aceptaremos que las partes no se sientan apeladas por el punto de vista alternativo. No sería extraño, por ejemplo, que las mujeres que describen haberse sentido como un "trozo de carne sobre la mesa" o que testimonian la total falta de reconocimiento como seres humanos por el trato objetivante y deshumanizador recibido durante el parto (Beck, 2004; Olza Fernández, 2013; Thomson y Downe,

2008) fueran etiquetadas como personas "traumatizadas", "excéntricas", "sensibles", "especiales", "raritas", "idealistas", "místicas", "fanáticas del parto", o términos descalificadores similares. En definitiva, calificar el debate como disputa puede llevar a deslegitimar a una de las partes en sus razones para sentir y pensar como lo hace. En el mejor de los casos, el problema entero se trataría como una mera cuestión de preferencias.

En contraste con la alternativa anterior, cuando reconocemos que el debate es una *controversia*, entonces aceptamos y producimos un desplazamiento en el ámbito de la racionalidad, el diálogo y los argumentos. Entendemos, además, que este ámbito no tiene un carácter exclusivamente científico o técnico sino absolutamente permeado por lo cultural, social, biográfico y político, es decir, por el conjunto de los aspectos que conforman las formas de vida. Consideramos, por último, que colaborar en la construcción de un espacio argumental en el que pueda surgir una *controversia* es una forma eficaz de utilizar la racionalidad crítica. Dejar atrás las fases técnicas de discusión y disputa comporta muchas ventajas. Al reforzar el diálogo entre las distintas posiciones se facilita el cambio e innovación que requieren muchas de nuestras prácticas conjuntas sociopolíticas. La cuestión de cómo parimos y la de cómo venimos al mundo es, a la vista está, una de esas prácticas necesitadas de atención.

En este sentido, la principal contribución de la asociación *El Parto es Nuestro* consiste en haber conseguido que un tema, el de la atención al parto, que inicialmente se abordaba como una mera *discusión*, pase a ser tratado posteriormente como una *disputa* y, finalmente, ser considerado como una *controversia*. Por todas estas razones, evaluamos que esta asociación civil ha tenido un impacto absolutamente crucial en la reforma del sistema de salud obstétrica durante los últimos diez años en España.

8. Conclusión

Conviene advertir que, según Marcelo Dascal, las *disputas*, *discusiones* y *controversias* no se dan nunca de manera pura o ideal; dicho de otro modo, los debates reales suelen contener algunos elementos de cada tipo de debate. Esto no impide que los epistemólogos puedan identificar cuál es el tipo de debate dominante en cada caso. Precisamente tal identificación ha sido el objetivo de nuestro estudio: proponer

un esquema de tres fases que ayude a entender mejor la contribución de una determinada asociación civil al debate obstétrico contemporáneo.

A lo largo de este capítulo, hemos pretendido mostrar de qué manera la asociación de usuarias *El Parto es Nuestro*: 1) ha contribuido a hacer visible la situación del parto y nacimiento en España; 2) ha abierto el espacio del debate para que se produzcan controversias en torno a las cuestiones obstétricas; 3) ha contribuido a implementar cambios legales, sociales y políticos de gran alcance dentro de su propio contexto. Por estas razones, esta asociación ha jugado, y continúa jugando, un papel crítico y central a la hora de asumir la responsabilidad social compartida que debe caracterizar la evaluación de las cuestiones obstétricas. Este tipo de activismo civil ha contribuido a extender la democracia deliberativa e “integral” principalmente por dos razones. La primera, porque ha contribuido a imaginar y adoptar un procedimiento colectivo de toma de decisiones políticas que incluye la participación activa de todas aquellas partes potencialmente afectadas por tales decisiones. La segunda, porque siempre ha apostado por el principio de deliberación, principio que implica la argumentación y discusión pública de las distintas propuestas.

El activismo social logra cambios conceptuales, biográficos y colectivos. Un movimiento emancipatorio como *El Parto es Nuestro* puede ser estudiado de manera fructífera por quienes se interesan por la epistemología de la resistencia, la invisibilidad de otras voces, el desarrollo de la imaginación social y los modelos de responsabilidad compartida que mejoran las condiciones epistémicas de participación en las prácticas sociales (Medina, 2013). A nuestro juicio, el campo de la racionalidad está entrelazado con el ámbito de la normatividad y las prácticas sociales. El “embarazo del sujeto” (VillarMEA, 2009; VillarMEA y Fernández Guillén, 2012, 2011) es, en este sentido, un valioso tema de reflexión sobre las relaciones entre la normatividad, la praxis y la utopía. Es en este horizonte utópico –“imaginario”, en términos kantianos – donde nos gustaría situar nuestra intervención epistémica.

Bibliografía

- Beck, C. T. (2004), Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath, *Nursing Research*, 53 (4): 216-224
- Bunge, M. (2013), *Filosofía política. Solidaridad, cooperación y “Democracia Integral”*, Barcelona, Gedisa

- Dascal, M. (1998a), The study of controversies and the theory and history of science, *Science in Context*, 11 (2): 147-154
- _____ (1998b), "Types of polemics and types of polemical moves", en Cmejrkova, S., Hoffmanova, J., Mallerova, O. y Svetla, J. (eds.), *Dialogue Analysis VI. Proceedings of the 16th Conference (Praga 1996)*, vol. I, Tubinga, Max Niemeyer, 15-33
- _____ (1995), Epistemología, controversias y pragmática, *Isegoría*, 12: 8-43
- Fahy, K. (2002), Reflecting on practice to theorise empowerment for women: Using Foucault's concepts, *Australian Journal of Midwifery: Professional Journal of the Australian College of Midwives Incorporated*, 15 (1): 5-13
- Ferguson, T. y e-Patients Scholars Working Group (2007), *The White Paper, e-patients: How they can help us heal health care*, descargado desde http://e-patients.net/e-Patients_White_Paper.pdf
- Gutmann, A., y Thompson, P. (2002), *Why deliberative democracy?* Princeton, Princeton University Press
- Johanson, R., Newburn, M., y Macfarlane, A. (2002), Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 324 (7342): 892-895
- Lipson, J. G. (1981), Cesarean support groups: Mutual help and education, *Women and Health*, 6 (3-4): 27-39
- Lobel, M., y Deluca, R. S. (2007), Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications, *Social Science & Medicine* (1982), 64 (11): 2272-2284, doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.028
- Medina, J. (2013), *The epistemology of resistance*, Oxford, Oxford University Press
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, Madrid, Ministerio Sanidad y Consumo
- Olza Fernández, I. (2013), PTSD and obstetric violence, *Midwifery Today with International Midwife*, 105 (105): 48-9, 68
- _____ (2010), El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica, *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 23 (96): 35-41
- _____ (2003), Repercusiones psicológicas y sociales del nacimiento por cesárea, *Revista Trabajo Social y Salud*, 45 (Julio): 221-230
- Perez D'gregorio, R. (2010), Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 111 (3): 201-202, doi:10.1016/j.ijgo.2010.09.002
- Romano, A. M., Gerber, H., y Andrews, D. (2010), Social media, power, and the future of VBAC, *The Journal of Perinatal Education*, 19 (3): 43-52, doi:10.1624/105812410X514431
- Sawyer, A., y Ayers, S. (2009), Post-traumatic growth in women after childbirth, *Psychology & Health*, 24(4): 457-471. doi:10.1080/08870440701864520
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (2003), *Protocolo de asistencia al parto normal*, Madrid, SEGO
- _____ (2008), *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*, Madrid, SEGO
- Thomson, G., y Downe, S. (2008), Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(4): 268-273, doi:10.1080/01674820802545453
- Tully, K. P., y Ball, H. L. (2013), Misrecognition of need: Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social Science & Medicine* (1982), 85: 103-111, doi:10.1016/j.socscimed.2013.02.039; 10.1016/j.socscimed.2013.02.039
- Villarmeá, S. (2012), Innovación conceptual y activismo: A propósito del parto y del nacimiento normal, *Revista Ob Stare*, 20 (primavera): 11-17

- _____ (2013), Conceptual change and emancipatory practices: An approach from Wittgenstein's On Certainty, *Annales UMCS (University Marie Curie Skłodowska), Sectio I Philosophia-Sociologia*, 1: 7-24
- _____ (2015), "Normatividad y praxis en el uso emancipatorio del lenguaje: Aproximación desde la certeza en Wittgenstein", en Pérez Chico, D. y Mayoral, J. V. (eds.), *Wittgenstein y Sobre la Certeza: Nuevas perspectivas*, México, Plaza y Valdés Editores: (en prensa)
- (2009), "Rethinking the origin: Birth and human value", en Yan, J. y Schrader, D. (eds.), *Creating a global dialogue on value inquiry*, Nueva York, Edwin Mellen Press: 311-329
- Villarnea, S. y Fernández Guillén, F. (2012), "Sujetos de pleno derecho. El nacimiento como tema filosófico", en Pérez Sedeño, E. e Ibáñez Martín, R. (eds.), *Cuerpos y diferencias*, México, Plaza y Valdés Editores: 103-127
- _____ (2012), Fully entitled subjects: Birth as a philosophical topic, *Ontology Studies*, 11 (2011): 211-230.

Referencias de webs y prensa

- El Parto es Nuestro, www.elpartoesnuestro.es
- International Cesarean Awareness Network (ICAN), <http://www.ican-online.org/>, consultado 30 julio 2013
- "La Carta de Madrid", http://aesmatronas.com/descargas/LA_CARTA_DE_MADRID_ESPANOL.pdf
- Fernández del Castillo, I., "Por qué parir en España es traumático", *El Mundo*, 2 mayo 2004
- Bollaín, I., "Por tu propio bien", 2004, <http://www.youtube.com/watch?v=rxpVqK8oNi0>, consultado 30 julio 2013
- Campoy, F., "Los dolores del parto", <http://www.youtube.com/watch?v=ddty4WuUaYU>, consultado 30 julio 2013
- Ortiz, M. y Masllorens, A., "De parto", <http://www.youtube.com/watch?v=ls8UT2WbGkg>, consultado 30 julio 2013
- Montero, R., "El desastre de parir", *El País*, 13 agosto 2006, http://elpais.com/diario/2006/08/13/eps/1155450419_850215.html, consultado 30 julio 2013
- Sánchez-Mellado, L., "El Parto es mío", *El País Semanal*, 25 marzo 2007, <http://elpais.com/diario/2007/03/25/eps/>, consultado 30 julio 2013
- European Network Childbirth Associations (ENCA), <http://www.enca.info/>, consultado 30 julio 2013
- Escalera, A., "Matronas y ginecólogos abren una guerra por la asistencia a los partos", *Diario Sur*, 22 abril 2010, <http://www.diariosur.es/v/20100422/malaga/matronas-ginecologos-abren-guerra-20100422.html>, consultado 11 mayo 2014

Notas

1. La contribución al debate que han realizado otras asociaciones, grupos, profesionales e individuos durante años queda fuera del ámbito de este estudio. Mejorar la atención al parto ha sido y es un objetivo conjunto de quienes precedieron, acompañaron o tomaron caminos

distintos en el ámbito personal, profesional o cívico. El esfuerzo por lograr un cambio de modelo y prácticas en la atención al parto y nacimiento es una labor colectiva y en ella han contribuido asociaciones como: *Vía Láctea* (vialactea.org), *Hospital Centro Médico Acuario* (clinicaacuariovalencia.com/maternidad), *Dona Llum* (donallum.org/), *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (federacion-matronas.org), *Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia* (ihan.es), *Casa de Nacimientos Migjorn* (migjorn.net), *Nacer en Casa* (nacerencasa.org), *Plataforma pro Derechos del Nacimiento* (pdn.pangea.org), *Asociación de Doulas* (doula.es), *Comadronas Europeas por un Parto Activo y Natural* (comadrona.foro.st), *European Network of Childbirth Associations (ENCA)* (enca.info) y *World Alliance for Breastfeeding Action* (waba.org.my), entre otras. A todas ellas y por distintos motivos, expresamos aquí nuestro reconocimiento por su aportación a la reforma del sistema obstétrico español.

2. Por lo demás, es justo reconocer que dentro del grupo de expertos en parto no se suele incluir a las mujeres embarazadas ni a las madres.