

# La construcción médica de la asistencia al parto. Representaciones y prácticas en Cataluña, España

María Jesús Montes-Muñoz<sup>1</sup>

## The medical construction of midwifery. Representations and practices in Cataluña (Spain)

### Abstract

**Objective.** To describe how discourse has been constructed regarding parturition (delivery) and the need for medical intervention in Spain. **Methodology.** This was a qualitative study. Interviews were conducted with seven midwives who practiced in Cataluña (Spain) during the middle of the last century. Their opinions were compared to medical discourse gathered from research published in the Spanish Journal on Obstetrics and Gynecology (*Revista Española de Obstetricia y Ginecología*) between 1954 and 1960. **Results.** Against the normality of the evolution of most parturitions reported by the stories of the midwives, in medical definitions these appear as problematic or altered in their duration and by the presence of pain, justifying their systematic interventions; although the aforementioned poses a risk for women and their offspring. As a result, the discourse defining most deliveries as pathological is reaffirmed. **Conclusion.** The medical system constructed midwifery as a surgical process. Women are engaged in other more realistic constructions in agreement to their needs. Care at birth is perceived as a cultural construction and, hence, susceptible to change.

**Key words:** parturition; women; power (psychology).

## La construcción médica de la asistencia al parto. Representaciones y prácticas en Cataluña, España

### Resumen

**Objetivo.** Describir cómo se han construido los discursos sobre el parto y la necesidad de intervención médica en España. **Metodología.** Estudio cualitativo. Se realizaron entrevistas a siete matronas que ejercieron en Cataluña (España) a mediados del siglo pasado. Se compararon sus opiniones con los discursos médicos recogidos en las investigaciones publicadas en la Revista Española de Obstetricia y Ginecología entre los años 1954 a 1960. **Resultados.** Frente a la normalidad de la evolución de la

<sup>1</sup> Enfermera, Doctora. Profesora, Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili, España.  
email: majesus.montes@urv.cat

**Artículo asociado a investigación:** “Las matronas a mediados del siglo XX. Profesión, historia y género”.

**Subvenciones:** Institut Català de les Dones.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

**Fecha de recibido:** 31 de noviembre de 2011.

**Fecha de aprobado:** 23 de marzo de 2012.

**Cómo citar este artículo:** Montes-Muñoz MJ. The medical construction of midwifery. Representations and practices in Catalonia, Spain. *Invest Educ Enferm.* 2012;30(2):198-207.

mayoría de los partos que informan los relatos de las matronas, en las definiciones médicas aparecen como problemáticos o alterados en su duración, además, por la presencia del dolor, justificando sus intervenciones sistemáticas, aunque lo anterior suponga un riesgo para las mujeres y sus criaturas. Como resultado, se reafirma el discurso que define como patológicos la mayoría de los partos. **Conclusión.** El sistema médico aparece construyendo la asistencia al parto como un proceso quirúrgico. Las mujeres están haciendo otras construcciones más realistas y acordes con sus necesidades. La asistencia al nacimiento como una construcción cultural y, por tanto, susceptible de cambios.

**Palabras clave:** parto; mujeres; género; poder (psicología).

## A construção médica da assistência ao parto. Representações e práticas em Cataluña, Espanha

### ■ Resumen ■

**Objetivo.** Descrever como se construíram os discursos sobre do parto e a necessidade de intervenção médica em Espanha. Metodologia. Estudo qualitativo. Realizaram-se entrevistas a sete matronas que exerceram em Cataluña (Espanha) em meados do século passado. Comparam-se suas opiniões com os discursos médicos recolhidos nas investigações publicadas na Revista Espanhola de Obstetrícia e Ginecologia entre os anos 1954 a 1960. **Resultados.** Frente à normalidade da evolução da maioria dos partos que informam os relatos das matronas, nas definições médicas aparecem como problemáticos ou alterados em sua duração e pela presença da dor, justificando suas intervenções sistemáticas; ainda que o anterior suponha um risco para as mulheres e suas criaturas. Como resultado, reafirma-se o discurso que define como patológicos a maioria dos partos. **Conclusão.** O sistema médico aparece construindo a assistência ao parto como um processo cirúrgico. As mulheres estão fazendo outras construções mais realistas e conformes com suas necessidades. A assistência ao nascimento como uma construção cultural e por tanto, susceptível de mudanças.

**Palavras chave:** parto; mulheres; poder (psicologia).

## Introducción

La manera que tenemos de interpretar los hechos sociales, apuntan Berger y Luckmann, responde a una determinada forma de entender la realidad en un tiempo y contexto, que “se presenta ya objetivada, o sea, construida (...) como una realidad ordenada”.<sup>1</sup> Es en este sentido, hablamos de la construcción médica del parto, esto es, el cómo lo representamos hoy responde a una determinada forma de interpretar estos hechos en un tiempo y contextos limitados. Desde hace años nos hemos interesado en cómo ha sido la evolución que ha conformado la realidad de la asistencia actual a los partos en España.<sup>2,3</sup> Los relatos de las mujeres, las representaciones

sociales y médicas, las amenazas que lo rodean o los riesgos que se supone lo acompañan, nos llevó a buscar en su construcción, en los discursos e investigaciones médicas de mediados del siglo pasado, comparándolos con los discursos y prácticas de otras profesiones que participaron de este proceso: las matronas. Recogemos sus experiencias de la práctica en la asistencia a las mujeres en los domicilios, con la intención de indagar en los hechos que han dado lugar a las representaciones actuales sobre el parto.

La posibilidad de tener acceso al relato de estas matronas –en general poco representadas en los textos médicos–, es una oportunidad ideal que

nos permitirá establecer comparaciones entre las diferentes formas de interpretar la realidad del nacimiento desde hace 60 años. Se parte, entonces, del cómo se entiende la asistencia al nacimiento, la cual se define como un proceso cambiante, dinámico y en interrelación con el resto de procesos sociales. Para este trabajo las preguntas de partida son: ¿cómo y por qué se han construido las ideologías respecto a la asistencia actual a los partos?, ¿es realmente el parto una situación con necesidad de asistencia médica?, ¿la evolución del parto está acompañada de los riesgos que se le suponen? Para iniciar, se plantea la siguiente hipótesis: las representaciones actuales sobre la problemática del parto son una construcción cultural que responde a unas determinadas relaciones de género, en las que se mantienen las diferencias estructurales de la división del trabajo y, con ello, de poder y de prestigio.

A partir de lo anterior, nos planteamos el objetivo de conocer cómo se ha ido conformando la problemática del proceso del parto en España y, como consecuencia, la necesidad de expertos que lo controlen, la generalización del miedo entre la población, la incapacidad supuesta de los cuerpos femeninos para realizarlo, su sometimiento a las intervenciones médicas y la dependencia hacia los profesionales. Entendemos que este tema de investigación es de interés para la salud de las mujeres. Nuestra finalidad última, es la de aportar un análisis crítico en el que se plasme la articulación entre las diferentes ideologías y prácticas que se han dado en la construcción de la asistencia al parto, apoyando la emergencia de discursos más acordes con los resultados reales de los nacimientos, desde los cuales se pueda promover la confianza de las mujeres en sí mismas y en sus propias capacidades biológicas.

## Metodología

Se trata de un estudio cualitativo enmarcado en la perspectiva metodológica de la teoría

fundamentada. Para la recogida de información, se utilizaron dos recursos; el primero dirigido a conocer la experiencia de las matronas y, el segundo, centrado en la revisión de las investigaciones publicadas en la Revista Española de Obstetricia y Ginecología.

Para la muestra inicial se identificaron doce matronas en los registros del Colegio de Enfermería de Tarragona, seguida de la estrategia de bola de nieve. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que hubieran ejercido en Tarragona (España), tanto en zonas rurales como urbanas entre los años 1950 a 1960. Se excluyeron a quienes su situación cognitiva no les permitía participar en el estudio y a aquellas que desestimaron su participación. La muestra final fueron siete matronas en edades comprendidas entre los 70 y 88 años.

La técnica utilizada para la recogida de datos fue la entrevista en profundidad, con un guión en el que se reflejaron los diferentes bloques temáticos que permitieron identificar las experiencias y opiniones de las matronas desde una perspectiva “emic”, esto es, desde la visión de las propias protagonistas. Para contactar con las matronas, en primer lugar el Colegio de Enfermería les solicitó el consentimiento y, en caso de aceptación, proporcionó el teléfono a la investigadora. En el primer encuentro por vía telefónica, esta aseguró nuevamente el consentimiento de las participantes y, en su domicilio, se les explicó la investigación, para lo cual se les solicitó nuevamente su consentimiento informado por escrito, garantizando los principios éticos y legales como el anonimato y la confidencialidad. Las entrevistas se realizaron entre los años 2009 y 2010, todas en el domicilio de las matronas, grabadas digitalmente, cuya duración aproximada fue de 90 minutos. Por último, se transcribieron literalmente.

Para el análisis de los datos se realizó una lectura de cada entrevista procediendo a su codificación y estableciendo una identificación inicial de las categorías. Una segunda lectura consistió en la revisión y agrupación de las categorías para, finalmente, definir las subcategorías de cada

bloque. A lo largo de todo el proceso, y por el número de matronas entrevistadas, no se buscaba la saturación de los datos, sino conocer la tendencia general de lo considerado “normal” en la asistencia a los partos por estas mujeres, de forma que pudiera ser contrastado con los discursos y prácticas médicas. El segundo recurso, en la recogida de información, fue la revisión de las investigaciones publicadas de la Revista Española de Obstetricia y Ginecología, de salida bimensual, entre los años 1954 y 1960. Elegimos este medio, por ser la revista obstétrica más prestigiosa en la que participaron renombrados tocólogos españoles de los años de estudio. Además incluye investigaciones de obstetras de América del Sur y, a su vez, hace referencia a otros europeos. Todo ello nos aproxima a conocer la situación de la obstetricia en su tiempo.

El proceso seguido fue la selección de las publicaciones de investigaciones obstétricas de cada revista, incluido el apartado de “resumen y comentarios de la literatura obstétrica”. De estas, se acotaron los temas dirigidos al acortamiento del tiempo en los partos, y aquellas centradas en la anulación del dolor. El resto de temas, fue desestimado. En total se revisaron 18 artículos. Nos interesamos por los discursos, las ideologías, el poder, las representaciones que se desprenden de lo que suponía ser mujer para la institución médica y las prácticas de control sobre los cuerpos.

Siguiendo la orientación de la teoría fundamentada, para contrastar los datos se utilizaron otros textos de autores médicos considerados influyentes en la época en España, como es del director de la revista mencionada,<sup>4</sup> el texto dirigido a la formación de las matronas<sup>5</sup> y la obra de una de ellas.<sup>6</sup> Los años de estudio están justificados en que en ellos culminó la práctica de la apropiación médica sobre el parto y el control reproductivo, siendo la antesala para la desaparición de la asistencia al parto en los domicilios. La metodología seguida para el análisis fue la misma que se utilizó en la entrevista, estableciendo comparaciones en los temas comunes entre prácticas médicas y las de las matronas.

## Resultados

El proceso y acto de parir ha estado envuelto tradicionalmente en una especie de misterio. Mujeres y profesionales lo han representado y acompañado de formas diferentes y, a su vez, lo han relacionado con las circunstancias sociales, tiempo y contexto en que se produce.<sup>7</sup> Para conocer estos hechos, se presentan los resultados en dos apartados. En el primero se recogen las representaciones, relaciones y funciones de matronas y médicos y, en el segundo, se centra en la “dirección médica del parto” con el análisis de las investigaciones revisadas respecto al acortamiento de la duración y la reducción del dolor en el parto.

**Las imágenes del parto desde las matronas.** En las entrevistas realizadas a las matronas, surge el discurso generalizado de que los partos, en su mayoría, evolucionaron con normalidad. No hay misterio ni asombro en sus palabras, aunque sí hicieron alusión a su saber profesional resultado de su formación. Algunas explicaron los pocos problemas con los que se habían encontrado y que tras ser detectados, determinaron, en su momento, trasladar a la mujer a la maternidad, avisaron al médico, o bien los resolvieron ellas mismas. Una de las informantes expresó: “si los partos hubieran sido tan difíciles como son ahora, se me hubieran muerto todas y te digo que no se ha muerto nadie”, asegurando que “no se puede comparar la sicosis y el miedo que tienen ahora a lo que tenían antes. No tenían nada” (Isabel)

Los escritos de Vía<sup>6</sup> están en la misma línea. En su relato se capta la generalización de los buenos resultados afirmando que “el porcentaje más alto de partos buenos corresponden a los realizados en el domicilio”<sup>6</sup> coincidiendo con los resultados de Bosch Marín.<sup>8</sup> Contrariamente, desde algunos discursos médicos el parto “es un acto sucio” o “una función cruenta, brutal y arriesgada”,<sup>4</sup> opinión que parece ser compartida por otros obstetras, y se supone que también por algunas mujeres porque “hoy en día por lo general, todas desean, ante el horror del parto, se les proporcione

algún remedio para soportar mejor el trance”.<sup>9</sup> Así, para los obstetras “no existe parto que se verifique sin peligro ni perjuicio para la madre y la criatura. ¿Quién duda de que todos los fetos corren un riesgo al nacer y sufren siempre un traumatismo?”.<sup>4</sup> Bajo estas perspectivas, los obstetras parecen sentir la necesidad de salvar a las mujeres de sus partos, sin embargo, en nuestra opinión y con base en la revisión realizada, la necesidad más bien parece responder a sus propios intereses porque “pone a prueba (...) la entereza y sentimientos compasivos de quienes lo presencian”<sup>4</sup> y “su terminación veleidosa, o nos pone en ridículo cuando se precipita o agota nuestra paciencia y energías físicas cuando tediosamente se alarga”.<sup>4</sup> Otros aspectos negativos según Clavero Núñez son su presentación inopinada e impertinente –la mayoría de las veces- “que incapacita al tocólogo para proyectar su descanso, su vida de relación así como para planear sus actividades”.<sup>4</sup> Con esta reputación, se entiende que la obstetricia haya centrado el objetivo de sus intervenciones en someterlo y adaptarlo a su propio criterio.

En sus relatos, las matronas también hicieron alusión a la dedicación, pero sin cuestionarla, considerándola implícita a la profesión: “Yo iba en cuanto me llamaban” (Pilar) “Nunca sabía cuándo volvería a casa” (Ana) fueron frases habituales. En la ciudad, las matronas, tuvieron un espacio que facilitó la dedicación del médico. De ellas se esperaba que permanecieran al lado de la mujer, función que precisa de paciencia, dedicación y conocimientos para detectar precozmente los posibles problemas. Solo cuando el parto llega a su fin con el nacimiento, el obstetra o médico, avisado por la matrona, hacía su presencia para recoger a la criatura, momento en que a la vez realizaba ciertas intervenciones o “ayuda activa”,<sup>4</sup> que justificaban su presencia y reforzaban su prestigio.<sup>10</sup> Vía<sup>6</sup> explica una de estas situaciones y expresa sus sentimientos al comparar lo pequeño y sencillo de su instrumental “al lado del montón de grandes instrumentos del doctor”. Y es que socialmente, se espera que el médico desempeñe su rol como tal, y su intervención profesional queda legitimada con prácticas y técnicas diferenciadoras.<sup>11</sup> Este procedimiento

de asistencia sigue vigente en la actualidad entre algunos sectores: “Nosotras hacemos el trabajo y ellos se llevan los laureles” explicó Pilar, y esto relacionado también con diferencias económicas significativas. Se aprecia que “las mismas tareas pueden ser nobles y difíciles cuando son realizadas por unos hombres, o insignificantes e imperceptibles, fáciles y triviales, cuando corren a cargo de las mujeres”.<sup>12</sup>

En su formación, a las matronas se les adiestró como ayudantes del médico: “Siempre ha resultado utilísima la colaboración de la comadrona (...) que debidamente instruida, nos ahorra mucho trabajo y nos evita pérdidas inútiles de tiempo”<sup>4</sup>. Orenge les recuerda una de sus funciones: “se enterará bien, por ejemplo, en qué momento del parto debe llamar al médico y cuidará mucho para que no llegue después del nacimiento de la criatura”<sup>5</sup> aconsejando que si el médico tarda en llegar “se puede retrasar un poco el parto si se coloca a la mujer de lado y se procura que no empuje”.<sup>5</sup> La asistencia a los partos por el médico y la matrona, se realizó bajo estas premisas. Este control, entendemos, responde a la reafirmación en el mantenimiento del poder médico frente a la sumisión de la matrona.

Algunas matronas entrevistadas, como María, resistieron a este modelo y eligieron trabajar solas. Por otra parte, Teresa explicó que en su formación no se le permitía reparar las lesiones perineales. Por esto, hizo a la vez la carrera de practicante, profesión más destinada a los hombres y que sí estaban autorizados para realizar estas funciones. Las matronas pudieron ejercer con cierta autonomía en las zonas rurales y núcleos pequeños, mientras que los obstetras en general, centraron sus actividades en la asistencia privada, clínicas y maternidades en las grandes poblaciones, lo que les proporcionaba mayores beneficios económicos.

**La dirección médica del parto.** Ruiz <sup>13</sup>apunta que a finales de los años 60 se presentó en la Maternidad Provincial de Madrid el “parto dirigido” que “tenía la ventaja de que se verificaba a voluntad de la persona o equipo que lo dirigiera”. En los artículos revisados, llama la

atención las repetidas publicaciones interesadas en esta dirección del parto y constatamos la utilización de las mujeres como material de laboratorio para los experimentos o “dirección” médica, aunque esto pudiera suponer un riesgo para su vida o la del feto.

El control de los cuerpos de las mujeres ha sido de interés tradicional de la medicina, que los define como patológicos o los clasifica de disfuncionales.<sup>14,15</sup> Ahora, el cuerpo en proceso de parir no se adapta a un supuesto orden médico. Además, en esta estructura ideológica, se presentará a las mujeres como necesitadas, demandantes y beneficiarias de las intervenciones médicas. Analizamos a continuación dos discursos de la construcción médica del parto dirigido: la necesidad de reducir su duración y la analgesia o anestesia.

**Una hora corta.** El esquema del cuerpo femenino implícito en los discursos médicos, está caracterizado por una concepción biologicista desde la que se concibe preparado para la reproducción, a la que naturalmente responde como si de una máquina se tratara.<sup>5</sup> Pero estos cuerpos-máquina, no trabajan de la misma manera ni en los mismos tiempos. En muchas “el motor del parto funciona a la perfección”<sup>9</sup> pero en general “es necesario calentar previamente el motor (en nuestro caso el motor obstétrico) antes de exigirle”<sup>16</sup> y una mayoría desconfía, porque: “incluso los límites de la normalidad son frecuentemente imprecisos y arbitrarios”,<sup>17</sup> con lo que se abre la puerta a la manipulación con base en unos criterios subjetivos como ser o no “partidario de la dirección médica del parto y de la abreviación del mismo”.<sup>18</sup> Tener una actitud activa –intervencionista- se presenta como positivo frente a una conducta expectante, que se atribuye a la ignorancia de la fisiología del parto.<sup>4</sup>

Los discursos médicos se centrarán en la reducción de su duración. Se trata de modificar el curso del parto acortándolo realizando pruebas con los fármacos del momento<sup>19</sup>, cada cual según sus medios y tendencias.<sup>20</sup> Así, disminuir el tiempo de la dilatación está en el punto de mira de muchos,<sup>16-19,21,22</sup> presentado como un éxito que otros se empeñarán en superar como

si de un concurso se tratara<sup>22,23</sup> para “tener unos resultados rápidos y espectaculares”.<sup>18</sup>

Algunos autores justificaron sus intervenciones en un supuesto interés para las mujeres porque, en opinión de López Fernando, cada vez encuentran el parto más difícil y se hace insostenible “incluso para el médico que la asiste”.<sup>9</sup> En general, se presentan como cuerpos sin voz, nombradas como “enfermas a las cuales hemos sometido a la acción de los fármacos experimentados”.<sup>22</sup> Opinamos que es en propio beneficio médico por lo que se llevan a cabo las intervenciones, como se desprende de las palabras de Domínguez Mompell:<sup>22</sup> “A medida que avanzamos en el mejor conocimiento de la mecánica uterina durante el curso del parto, y al mismo tiempo tenemos un mejor conocimiento de los fármacos que modifican esta última, nos vamos acercando mediante su empleo a este término ideal que constituye la perfección del parto dirigido. Probablemente, no pasará mucho tiempo para que podamos de una manera científica y racional dirigir correctamente el parto, acortarlo a un mínimo de tiempo”.

Reducir la duración del parto es, pues, una necesidad médica, justificada primero en dar solución a algunas alteraciones, y generalizada más tarde en un intento competitivo por dominar la dinámica de todos los cuerpos.<sup>24</sup> “No cesamos en el ensayo de nuevas drogas que pudieran mejorar los resultados hasta ahora obtenidos” apunta López Fernando<sup>9</sup>, persistencia que Domínguez Mompell define como “afición” y “adición”<sup>22</sup> y Abad Colomer como “firme partidario”,<sup>18</sup> esto es, de una tendencia u obsesión personal, que no una necesidad social real de las mujeres. En toda esta experimentación, las mujeres son el material de laboratorio. Se las somete a la acción de fármacos o drogas –de las que no se sabe cómo van a reaccionar- que ponen en riesgo a la mujer y al feto. Tactos repetidos para comprobar la evolución de los resultados de la intervención y la imposición de una posición que permita el acceso a su cuerpo cuando los profesionales así lo decidan, son situaciones que deberán soportar las mujeres en el proceso de la dirección médica del parto. En estas investigaciones médicas, también se informa de cómo los efectos de unos

determinados fármacos deben ser contrarrestados por otros que, a su vez, generan la necesidad de otros en una carrera que termina, bien con el nacimiento, o poniendo fin al experimento por el riesgo que se ha producido.

Además de reducir el tiempo de la dilatación, se intervendrá con el mismo objetivo sobre la salida del feto y el desprendimiento de la placenta. Algunos van más lejos aconsejando que: “el obstetra no debe contentarse al final del parto con tocar el ‘globo de seguridad’ sino con una exploración endouterina completa para poder explicarse las anomalías de evolución, en caso de haberlas”.<sup>25</sup> Las intervenciones se sistematizan dirigidas nada más que por el deseo o inquietud de cada médico o equipo. Mientras las matronas, en el ámbito de las maternidades y clínicas, hacían las veces de colaboradoras médicas en la sombra -“una matrona nos auxilia en la conducción del parto y ejecuta nuestras órdenes”-, su real presencia permanecía oculta.<sup>9</sup> Según lo anterior, pocos las nombran en el relato de sus investigaciones y su presencia se deduce por las prácticas. Orengo<sup>19</sup> lo hace, en sentido positivo, justificado en que la necesidad de presencia médica es uno de los mayores inconvenientes del método que él investiga y la matrona se supone da soporte técnico; también, en sentido negativo como cuando el autor las responsabiliza porque, en sus descansos nocturnos, se pierden fetos, o para recordarles sus límites profesionales.<sup>26</sup> Entre las matronas de Asistencia Pública Domiciliaria, según nos informaron, los partos siguieron desarrollándose bajo su cuidado y la tónica general fue la de normalidad. Se acepta la posible presencia de alteraciones en ocasiones excepcionales<sup>27</sup> que para Orengo<sup>28</sup> es de un 4% y que Vía,<sup>6</sup> en la misma línea, aboga por la no interferencia en el curso del parto asegurando que, de esta manera, el 95% de ellos evoluciona bien.

**El dolor del parto.** Si bien puede ser cierto el interés de la medicina por aliviar el dolor de las mujeres en sus partos, nos surge la duda de que este sea su único objetivo, puesto que el sistema médico “puede considerarse como uno de los principales sistemas de generación y mantenimiento de las desigualdades y discriminaciones para las

mujeres en nuestra sociedad”.<sup>29</sup> En los años 50 en España, religión y dictadura caminaban de la mano, y la institución médica siempre ha formado parte de las clases dominantes con las que ha compartido las características de ser un modelo “jerárquico, asimétrico, clasista y racista”<sup>30</sup> y que De Miguel, considerando los resultados de su investigación, califica de sexista<sup>31</sup>.

Hemos visto como en los textos revisados las mujeres no aparecen sino como enfermas y dóciles, sometidas a intervenciones la mayoría de ellas arbitrarias, en un discurso que, siguiendo la tendencia de la época, ensalzaba el rol maternal y definía el parto como función augusta y divina<sup>4</sup> a la que no podían sustraerse. Entendemos como apunta Roca, que el paso a la maternidad –el parto- cumplía las funciones de expiación del pecado –la sexualidad-, por lo tanto “su resolución debía ir acompañada a la fuerza por una elevada dosis de sacrificio y dolor”,<sup>32</sup> como ya estaba anunciado: “multiplicaré los trabajos de tus preñeces; parirás con dolor a los hijos” (Gn 3:16). Estas representaciones debían ser modificadas ante la necesidad de la obstetricia de intervenir en los cuerpos, pero sin abandonar la esencia de la maternidad como expone Domínguez Mompell:<sup>22</sup> “Los nuevos métodos junto con una correcta profilaxis, una educación científica y positiva de la futura madre hará que el parto, en vez de ser un momento angustioso y triste se vea rodeado de esa felicidad completa, física y espiritual, que requiere la función de superación de la mujer al convertirse en madre”. La normativización y el control social e ideológico de las mujeres, ha sido una de las funciones característica del modelo médico que, con base en la supuesta científicidad, legitima su discurso.

Los intentos de la medicina para la anulación del dolor en los partos datan de mediados del siglo XIX, pero la imperfección y riesgos de las técnicas<sup>33</sup> dieron paso a diferentes tipos de intervenciones de inducción psicológica que, en Europa, tomaron el nombre de sicoprofilaxis obstétrica o “parto sin dolor”.<sup>34</sup> Fue necesario pedir la aprobación de la iglesia (Papa Pío XII) para sistematizar su uso.<sup>35</sup> El método se extendió en España y tuvo una buena acogida entre médicos y matronas. Algunos de

ellos y dos de nuestras informantes se trasladaron a París para aprender su técnica. Hernández Jiménez,<sup>36</sup> fue uno de sus defensores, pero terminó aceptando como “fracaso” cuando la mujer no conseguía el parto sin dolor. Sardiñas se interesa por él y nos habla de “sugestión colectiva” para explicar el dolor “que transmitido de generación en generación les ha hecho gravar el concepto de la asociación entre parto y dolor”<sup>16</sup>. Este autor, explica que asiste a mujeres preparadas con el método pero, al ensayar con drogas que acortan el parto, necesita intervenir con fármacos. Abad<sup>18</sup> lo utiliza con el mismo fin y el adiestramiento “a la mujer durante el embarazo mediante el método sicoprofiláctico (...) y la presencia constante de una instructora especializada”,<sup>17</sup> facilitará la realización de las intervenciones por él propuestas para la dirección médica del parto. Para estos autores la sicoprofilaxis fue considerada en tanto que pudiera responder a su necesidad de investigación sobre las mujeres.

Las matronas también se unieron en la práctica de este nuevo método, aunque el dolor no fue un tema que destacara en sus relatos. En la sicoprofilaxis encontraron un ámbito de autonomía profesional en el fomento de los partos normales. Alba afirmó que “las mujeres no sabían parir” y les enseñaba con este método. Vía explica que de alguna manera es lo que ya venían haciendo las matronas que la habían precedido, “informar a las mujeres embarazadas para que consigan tener un parto sin dolor o al menos con contracciones poco dolorosas”.<sup>6</sup> Informa que ella practicaba algo parecido sin saber que fuera un método.

Al entusiasmo médico inicial, le sucedieron detractores que decidieron “poner punto final a este aluvión de literatura divulgadora”.<sup>37</sup> La sicoprofilaxis necesitaba de la participación de la mujer, y esto no respondía, según se capta de los autores, a sus perspectivas de intervención, ya que no anulaba el dolor durante todo el parto. No era un buen aliado para la experimentación puesto que, además, las mujeres permanecían conscientes. Solo ocasionalmente, se volverá a hacer referencia al método a lo largo de los años de estudio, pero siempre como comodín de los anestésicos.

Las intervenciones médicas estuvieron dirigidas a encontrar la preparación farmacológica que mejor respondiera a la anulación del dolor con los mínimos efectos negativos sobre la mujer y el feto, aunque se apunta “no existe hoy en día ningún anestésico verdaderamente eficaz que suprima los dolores sin que deje de ser inocuo por algún motivo o paralice el parto”,<sup>9</sup> y esta conclusión necesitó de muertes fetales para ser demostrada.<sup>23,28</sup> Dexeus y Varela<sup>38</sup> se centraron en la analgesia caudal advirtiendo de “la posibilidad de accidentes graves para las madres” y posteriormente “experimentan” recogiendo sus propias palabras, en la asociación de diferentes drogas según la disponibilidad de la época.<sup>22</sup> La anestesia regional tiene algunos adeptos<sup>39</sup> y otros prefieren la analgesia por vía inhalatoria<sup>9,15,22</sup> o endovenosa.<sup>40</sup> Todos hacen referencia a la prudencia en la utilización de estos medios que se irán descartando por sus efectos secundarios o riesgos, por lo tanto serán sustituidos por otros.

La experimentación de los diferentes métodos anestésicos en los autores revisados siempre va acompañada de intervenciones dirigidas a reducir el tiempo de los partos y como consecuencia, Orengo<sup>41</sup> expone que “se somete a la mujer a molestias excesivas y por ello será frecuente utilizar analgesia”, reconocimiento que consideramos excepcional, puesto que es tradicional en el pensamiento general del sistema médico, el no admitir que sus actos puedan causar dolor.<sup>7</sup> Así, hay un dolor como consecuencia de la evolución fisiológica del parto, pero que es aumentado como consecuencia de las intervenciones médicas.

Finalmente, al riesgo de la experimentación por el desconocimiento de la acción de los fármacos sobre el organismo materno o fetal, se da un riesgo añadido relacionado con la pericia del investigador o equipo. Los autores advierten que las intervenciones deben ser realizadas por manos expertas y Dexeus y Varela se preguntan “¿cómo hacerse la mano en un proceder que exige experiencia amplia?”<sup>38</sup> aceptando que, aún teniéndola, se falla. Se deduce, como ya apuntó Foucault, que en el avance de la medicina se da el “riesgo médico” o “vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos” de la

acción médica, afirmando que “no existe un gran progreso médico que no haya pagado el precio de las diversas consecuencias negativas directamente vinculadas al progreso de que se trate”.<sup>42</sup> Así, las mujeres que acudieron a las maternidades para realizar sus partos a mediados del siglo pasado, fueron parte implicada en el avance de la obstetricia.

## Discusión

A mediados del siglo XX, el sistema médico ya era reconocido socialmente con poder para la definición teórica del parto, aunque la práctica siguiera en más del 50% en manos de las matronas.<sup>8</sup> La instauración de maternidades y centros de beneficencia, junto con la implantación de los seguros sociales, fue desplazando progresivamente la asistencia domiciliaria de los nacimientos hacia estos espacios. Esto proporcionó, al progreso de la obstetricia, la oportunidad de experimentar sobre los cuerpos de las mujeres, con el resultado de la imposición de criterios médicos estandarizados de cómo debe ser un parto, los tiempos de su duración o el dolor considerado aceptable.

Estas definiciones han llegado hasta nuestros días. Ya no se habla de la fisiología del nacimiento sino que hoy se acepta socialmente que el parto es un acto médico con un alto porcentaje de posibilidades de finalización quirúrgica, situación que sigue poniendo en riesgo la salud de las mujeres. Al mismo tiempo, estas definiciones médicas, contrastan con las prácticas de las matronas, quienes reiteraron en la normalidad de los nacimientos a los que ellas asistieron. Se entiende que, en desigualdad de posiciones, prevalecieron aquellos discursos que detentaron mayor poder simbólico. En este caso, el discurso del sistema médico, independientemente de su veracidad. Además, la lógica del orden en la prevalencia en la definición, responde a las relaciones de poder según sistemas sociales de género.

Una de las dificultades del estudio ha sido la de contrastar los relatos sobre las prácticas y puntos de vista de las matronas, con las prácticas de las investigaciones y opiniones médicas. Aunque ambos grupos profesionales compartieron el mismo campo de asistencia, sus posicionamientos a mediados de siglo fueron distantes, ocupando espacios –en general- unos de dominio frente a otros de subordinación, con límites impuestos por los primeros. Por otro lado, las matronas no fueron preparadas para la investigación y solamente contamos con un texto escrito por una de ellas.

Finalmente, aunque hoy en España están surgiendo otras construcciones más realistas y acordes con las necesidades de las mujeres, se hace necesario ir a las fuentes de la construcción de la realidad social, –en este estudio, del parto-, como un ejercicio que nos permitirá desenmascarar las posiciones de las que parten sus intereses, ideologías y las bases que las respaldan, situando la asistencia al nacimiento como una construcción cultural y, por tanto, susceptible de cambios. Esto nos proporcionará elementos para el análisis y eliminación de situaciones asistenciales con niveles de intervención innecesarios, en las que se siguen manteniendo la desigualdad y el sometimiento físico e ideológico de las mujeres. Los profesionales de enfermería están en un espacio privilegiado para ello.

## Referencias

1. Berger PL. Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1995. p:39.
2. Montes M J. Medicalización reproductiva o la alienación del cuerpo. *Enf Clínica*. 1999;(5):206-12.
3. Montes MJ. Rituales femeninos. Hacia la maternidad. *Rol de Enf*. 1999;2(12):836-69.
4. Clavero A. Aspectos humanos del parto normal. La ayuda médica a la parturiente. Valencia: Edición del autor; 1952. p.21-6.
5. Orengo-Díaz del Castillo F. Obstetricia para matronas. 4º Ed. Madrid: Edición del autor; 1974. p.225.
6. Vía R. Com neixen els catalans. Barcelona: Club editor El Pi de les tres branques; 1972. p.86-200.
7. Montes-Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadromas.

- nas y médicos. [Tesis doctoral]. Tarragona: Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira i Virgili; 2007. (cited: 2010 March 18). Available in: <http://www.tdx.cat/handle/10803/8421>
8. Bosch-Marín J, De la Cámara JP, Saenz de Tejada V. 270.000 partos. Sus enseñanzas sanitarias. Observaciones sobre la asistencia tocológica prestada en el seguro obligatorio de enfermedad durante los años 1947 a 1949. Madrid: Ministerio de Trabajo / Instituto Nacional de Previsión; 1950. (cited: 2011 March 29). Available in: [http://bvingesa.msc.es/bvingesa/es/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=1002070](http://bvingesa.msc.es/bvingesa/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1002070)
  9. López-Fernando RJ. Conducción del parto de curso clínico anormal. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1955; 14(82):224-237.
  10. Mascaró y Porcar JM. Manual de obstetricia no operatoria para uso de matronas y médicos no especialistas. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1942.
  11. Menéndez, E. Di Pardo, R. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y procesos de alcoholización. México: Ediciones de la Casa Chata; 1996.
  12. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000. p.79.
  13. Ruiz Vélez-Frías C. Parir sin miedo. Tenerife: Ob Stare; 2009. p.38.
  14. Ehrenreich B, English D. Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres. Madrid: Taurus; 1990.
  15. Montes-Muñoz MJ. Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Index Enferm.* 2008;17(1):25-9.
  16. Sardiñas-Ramírez A. Método original para abreviar el tiempo de la duración del parto. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1954;13(76):196-213.
  17. Gracia-Casal R. El paradigma del parto. Su valoración e interpretación. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1954;13(75):119-41.
  18. Abad-Colomer L. Parto abreviado y dirigido (Método personal). *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1956; 15(89):267-270.
  19. Orengo-Díaz del Castillo F, Vallejo M, Oittner R. Un estudio sobre la hidergina en obstetricia. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1954;13(74):78-88.
  20. Salarich-Torrents MS. Interpretación de estadísticas obstétricas. El factor individual en la casuística operatoria. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1957;16(93):229-36.
  21. Abad-Colomer L. La moderna farmacología del segmento inferior: primeros resultados obtenidos con la mefenésina en la dirección del parto. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1955;14(81):124-31.
  22. Dominguez-Mompell JL. Acción de los gangliopléjicos sobre la dinámica uterina. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1957;16(92):55-79.
  23. Dexeus-Trias de Bes JM, Segur Ferrer JM. La asociación largactil-dolantina-pituitrina en la conducción del parto. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1955; 14(81):132-7.
  24. Fernandez-Ruiz C. Nueva metódica en la asistencia al parto. Preparación psicofísica. Conducción medicamentosa. Aspiración (ventosa). *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1958;17(102):306-19.
  25. Salas-Guerra A. revisión uterina post-partum. 500 casos. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1955; XIV(82):190-4.
  26. Orengo-Díaz del Castillo F. Nueva maniobra para expulsar la placenta. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1954; XIII(77):285-9.
  27. Montellá, A. La maternitat d'Elna. Bressol dels exiliats. Barcelona: Ara LLibres, S.L; 2005.
  28. Orengo-Díaz del Castillo F. El marido y el embarazo. Un libro para padres en ciernes. Madrid: Edición F. Orengo; 1967; p.120.
  29. Esteban ML. Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. In: Ortiz-Gómez T. Becerra-Conde G. Mujeres de ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas. Granada: Universidad de Granada, Instituto de Estudios de la Mujer; 1996. p.143-84.
  30. Menéndez, E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención. México: Cuadernos de la Casa Chata; 1984. p.227.
  31. De Miguel J. El mito de la inmaculada concepción. Barcelona: Anagrama; 1979. p.36.
  32. Roca J. De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura; 1996.
  33. Davis-Floyd R, Sargent C. Childbirth and authoritative knowledge. *Cross-Cultural Perspectives.* Los Ángeles: University of California Press; 1997.
  34. Bourrel M, Jeacson C. La méthode complète de préparation a l'accouchement sans douleur. Paris: Éditions du Seuil; 1957.
  35. Vander A. Parto sin dolor. Barcelona: Editorial Sintesis; 1972.
  36. Hernández-Jiménez A. Algunos casos de parto sin dolor con el método psicoprofiláctico. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1955;14(82):245-9.
  37. Clavero N. Comentarios de libros. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1956;15(87):182.
  38. Dexeus-Trias de Bes M, Varela-Núñez A. Presentación de una serie de 341 casos de analgesia caudal continua. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1954;13(75):153-66.
  39. Larenas-Ovalle A. Fernández-Sepúlveda R. Bloqueo pudiendo en Obstetricia. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1957;16(91):36-46.
  40. Boneu-Company F. Analgesia y sedación en el parto. Estudio de 540 casos tratados con clorhidrato de promacina. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1959;18(107): 270-6.
  41. Orengo-Díaz del Castillo F. Oxitocina sintética. Estudio clínico. *Rev Esp Obstet Ginecol.* 1958;17(99):119-43.
  42. Foucault M. La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta; 1990.