

Controversias e innovación conceptual

Una aproximación a la filosofía del nacimiento

Stella VILLARMEA¹
Universidad de Alcalá

Introducción

En este trabajo presento algunos aspectos de una investigación en curso en el terreno de las Humanidades médicas. Se trata del análisis de un debate actual en el ámbito de la medicina: el debate en torno al parto y nacimiento respetados. Mi trabajo se centra en estudiar la innovación lingüística en este campo y su papel en la aparición de controversias. La innovación conceptual puede cambiar nuestros puntos de vista y ser por tanto emancipatoria. Desde la perspectiva filosófica, la nueva conceptualización del nacimiento resulta fascinante.

Mi propuesta vincula la innovación conceptual con la teoría de las controversias de Marcelo Dascal. A mi juicio, la teoría de las controversias de Dascal constituye una aportación importante a la comprensión de cómo la racionalidad crítica mueve la innovación y el cambio en las prácticas sociales y políticas. Mi objetivo es aplicar la teoría de las controversias a los debates que genera el activismo pro-parto y nacimiento respetados en distintos foros (por ejemplo, en asociaciones civiles, reuniones técnicas del Ministerio de Sanidad, foros profesionales, procesos judiciales, etc.). Aclaro que esta presentación no quiere ser un estudio especializado de la teoría de las controversias; tomo la teoría de Dascal como un punto de partida y la utilizo como un recurso interpretativo interesante para el tema de reflexión que me ocupa en esta ocasión.

¹ Texto elaborado en el marco del proyecto de investigación **NORMATIVIDAD Y PRAXIS: EL DEBATE DESPUÉS DE WITTGENSTEIN** (FFI2010-15975), Ministerio de Economía y Competitividad de España.

Junto con el análisis de casos (esto es, la descripción y distinción entre los debates que son, según la clasificación de Dascal, “discusiones”, “disputas” o “controversias”), querría apuntar una hipótesis teórica y algunas conclusiones. Mi hipótesis es que la innovación lingüística es uno de los factores que transforman una *discusión* o una *disputa* en una *controversia*. Por ejemplo, para ver una cesárea no como una intervención necesaria sino como una intervención violenta e innecesaria, el activismo en torno al nacimiento ha acuñado una expresión que alude de forma concisa a la diferencia: “innecesárea”. De esta manera, cuando las activistas describen una determinada intervención quirúrgica como “innecesárea”, desplazan el debate desde una interpretación en términos de *discusión* o *disputa* hacia su emplazamiento como *controversia*.

En relación con mi propuesta teórica, intentaré extraer algunas consecuencias teóricas y prácticas para la esfera de la racionalidad. A modo de conclusión, presentaré una pequeña reflexión sobre normatividad y praxis. Sostengo que en torno al nacimiento se libra una polémica científico-médica, social y biográfica acerca del concepto mismo de ser humano: ¿Qué somos y qué queremos ser? En el trabajo argumento que la innovación conceptual es un factor decisivo a la hora de desplazar el debate hacia el terreno de lo controvertido (en vez de interpretarlo como una cuestión discutible o disputable). Pues bien, esta estrategia de intervención conceptual comporta, además, interesantes efectos secundarios: permite (a veces, incluso fuerza) el diálogo entre posiciones y promueve cambios socio-políticos en nuestras prácticas comunes. Las implicaciones normativas prácticas que se pueden extraer del estudio filosófico del activismo pro-parto y nacimiento respetados resultan, a mi entender, interesantes a nivel epistémico e importantes para intervención.

En definitiva, en torno al nacimiento se libra una polémica que yo clasifico como controversia. Clasificar este debate como *controversia* no es un asunto meramente epistémico; es también una decisión política relativa a la esfera de la racionalidad y la normatividad. La teoría de las controversias constituye una aportación importante a la comprensión de cómo la racionalidad crítica mueve la innovación y el cambio en las prácticas sociales y políticas. El *embarazo del sujeto* es un tema fructífero para reflexionar sobre las relaciones entre la normatividad y la praxis.

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 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 artículo: 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 Nuestro²¹. 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 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 éstos 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 artículo ofrezca datos que puedan

² El Parto es Nuestro, www.elpartoesnuestro.es, consultado 8 marzo 2015.

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, este artículo 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. Su 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. Mi caracterización de los debates obstétricos utiliza la teoría de las controversias de Marcelo Dascal (Dascal, 1995, 1998a, 1998b). Apelo pues a su influyente clasificación de los debates como *discusiones*, *disputas* o *controversias* como marco conceptual desde el que construir mi propio argumento sobre la contribución de las asociaciones civiles españolas al desarrollo de una “democracia integral” (Bunge, 2013).

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:

a) 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.

b) La controversia puede facilitar que aparezcan nuevas posiciones que resulten aceptables para las partes en litigio.

c) 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 artículo 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 artículo desarrolla este punto.

Tres hipótesis epistemológicas sobre los debates obstétricos

La presentación anterior de la teoría de las controversias me permite introducir y justificar las tres hipótesis epistemológicas con las que trabajo en 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. Justifico mi 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. Apoyo mi 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. Sostengo la tercera hipótesis recordando ejemplos concretos de innovación conceptual. Finalizaré 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.

Primer periodo del debate sobre parto: 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.)

Para entender el estado de la cuestión en aquellos momentos, podemos acudir a la conclusión de un artículo publicado en la revista *British Medical Journal* en 2002 sobre 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 otro lugar, hemos publicado con todo detalle algunas de las acciones desarrolladas por la asociación *El Parto es Nuestro* desde sus orígenes en 2001 hasta 2004 (Villarmea, Olza y Recio, 2015; 2016). Todas ellas ilustran a la perfección la hipótesis que defiende en este artículo según la cual el debate en torno al parto en aquellos años estaba en la fase de *discusión*.

Entre las acciones características del movimiento pro-parto y nacimiento respetados de este periodo está la creación en julio de 2001 del foro virtual “Apoyocesáreas”. Los temas más recurrentes en la lista 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). 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)³—, algunas mujeres se desarrollaron hasta llegar a 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).

³ International Cesarean Awareness Network (ICAN), <http://www.ican-online.org/>, consultado 30 julio 2013.

En octubre del 2003, veinte madres de la lista “Apoyocesáreas” y un padre fundaron la asociación El Parto es Nuestro. 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 (Fernández Guillén, testimonio).

Los objetivos de la asociación, tal y como los describen los estatutos, eran:

1. Prestar apoyo psicológico a mujeres que han sufrido cesáreas y partos traumáticos.
2. Mejorar la atención materno infantil en España, promoviendo el respeto por parte de la sanidad pública y privada de las recomendaciones de la OMS sobre salud materno infantil y de los Tratados Internacionales sobre derechos humanos relacionados con derechos reproductivos, procreación, embarazo, parto nacimiento, puerperio y lactancia, así como la desaparición de toda forma de discriminación contra la mujer.
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 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.

Conforme a lo expuesto, entre 2003 y 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, y 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 fase de *discusión* técnica, usando los términos dascalianos.

Segundo periodo del debate sobre parto: fase de disputa

Durante la fase técnica de *disputa*, el activismo pro-parto y nacimiento respetados no solo participa en el debate sino que logra jugar un papel activo a la hora de plantear el marco de debate, así como la formulación de preguntas y respuestas en torno a los asuntos disputados. A pesar de ello, y confirmando que el debate está en fase de disputa, se suele considerar que tanto la asociación El Parto es Nuestro en su conjunto como sus socias a nivel individual son participantes “recién llegadas”, tangenciales o laterales en los debates.

Los siguientes párrafos recogen algunas de las acciones que llevó a cabo la asociación entre 2004 y 2007. Las presento aquí como ejemplos que apoyan mi afirmación de que el debate sobre el parto y nacimiento se encontraba durante esos años en una fase técnica de *disputa*. Las hemos descrito con más precisión en (Villarme, Olza y Recio, 2015; 2016).

Para visibilizar el problema y lograr que se escuchara voz de las madres, desarrollaron una presencia activa en foros civiles y profesionales: congresos científicos de obstetricia, cursos de lactancia, congresos de matronas, etc., así como en los medios de comunicación. Entre los resultados de este periodo están: el cortometraje “Por tu bien” de la cineasta Iciar Bollaín (Bollaín, 2004), documentales como “Los dolores del parto” (Campoy, 2005) y “De parto” (Ortiz y Masllorens, 2006) y artículos en los principales periódicos nacionales, como el especial de cuatro páginas publicado por *El País* en 2007, significativamente titulado “El parto es mío” (Sánchez-Mellado, 2007), y otros (Fernández del Castillo, 2004; Montero, 2006). Esta presencia en los medios contribuyó a profundizar en la atención obstétrica en España y ofrecer una visión muy nítida de lo que desde la asociación se venía denunciando. La recepción de estas informaciones se dividía con frecuencia entre quienes, normalmente profesionales del ámbito sanitario, se quejaban de la forma en que se había descrito el problema y amenazaban a los defensores del parto natural con los supuestos riesgos del parto no intervenido, y quienes, normalmente madres, agradecían haber visibilizado el problema. Estas diferencias de posición e interpretación mutua ejemplifican características propias de la fase de disputa en la que se encontraba el debate.

Tercer periodo del debate sobre parto: fase de controversia

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 mutuo de perspectivas junto con la apropiación de los puntos de vista de las otras partes del debate. Este intercambio y apropiación de puntos de vista alternativas genera cambios a nivel profesional y social.

Considero que el debate sobre 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 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-necesária”, “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 por extenso en los siguientes artículos (VillarMEA, 2015, 2013, 2012).

En el artículo que he mencionado antes (VillarMEA, Olza y Recio, 2015; 2016) las autoras presentamos algunos datos, estadísticas y campañas que ha llevado a cabo la asociación El Parto es Nuestro desde 2007 hasta nuestros días. A fin de justificar nuestro argumento desarrollamos en esa investigación un análisis estadístico del cambio de la situación perinatal en España acompañado de una serie de gráficos y tablas comparativas de documentos oficiales y protocolos sanitarios.

En general, la decisión 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 de la *Estrategia*:

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.

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 (OMS), 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. Este descenso es aún más visible en la tasa de episiotomías, que se ha reducido a la mitad en los últimos diez años. Aunque de una forma todavía incipiente, estos datos reflejan el inicio de un cambio de tendencia en las prácticas obstétricas.

La *Estrategia* fue el inicio de un trabajo continuo con el Ministerio de Sanidad. La colaboración estrecha dio lugar a frecuentes reuniones multidisciplinarias 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. 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.

En el año 2008, El Parto es Nuestro se incorporó a la European Network of Childbirth Associations (ENCA)⁴, la red de asociaciones a nivel europeo que trabaja para la mejora de la atención perinatal a madres y bebés. 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. Otra de las iniciativas internacionales de la asociación ha sido la creación de un grupo El Parto es Nuestro-Ecuador en 2013, y se continúa trabajando para coordinar acciones de mejora de los cuidados obstétricos en otros países de habla hispana.

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 episiotomía de rutina”, “Campaña por la transparencia”, “Que no os separen”, “Descubriendo la maternidad”, “Unidos en neonatos” y “Stop Kristeller”.

Finalmente, el debate que en la actualidad El Parto es Nuestro quiere visibilizar es el de la violencia obstétrica. La asociación ha decidido empezar a nombrar la violencia obstétrica y

⁴ European Network Childbirth Associations (ENCA), <http://www.enca.info/>, consultado 30 julio 2013.

promover un debate al respecto. 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 (Olza-Fernández, 2013). El duro enfrentamiento público en los medios de comunicación entre ginecólogos y matronas (muchas de ellas, hombres o matrones) del hospital público Carlos Haya de Málaga (Escalera, 2010) muestra el tipo de debate y tensiones que característian una fase de controversia.

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). Lo expuesto hasta aquí muestra de qué manera la asociación El Parto es Nuestro ha peleado para ser parte activa del sistema obstétrico español, alterarlo y mejorarlo.

El impacto de una asociación civil en la reforma del sistema de salud

Este artículo 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. (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.) 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.

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.

Este artículo pretende haber mostrado 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, y, precisamente por actuar de esta manera, 3) ha contribuido a implementar cambios legales, sociales y políticos de gran alcance dentro de su propio contexto. Por estas razones, considera que esta asociación es un ejemplo de cómo el activismo civil 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 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 las decisiones que se tomen. 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 mi 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 –o, en términos kantianos, *imaginario*– donde me gustaría situar la presente intervención epistémica.

Referencias bibliográficas y webs

- Beck, C. T. (2004), “Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath”, *Nursing Research*, 53 (4), 216-224
- Bollaín, I., “Por tu propio bien”, 2004, descargable en <http://www.youtube.com/watch?v=rxpVqK8oNi0>, consultado 30 julio 2013
- Bunge, M. (2013), *Filosofía política. Solidaridad, cooperación y “Democracia Integral”*, Barcelona, Gedisa
- Campoy, F., “Los dolores del parto”, <http://www.youtube.com/watch?v=ddty4WuUaYU>, consultado 30 julio 2013
- 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
- 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
- Ferguson, T. y e-Patients Scholars Working Group (2007), *The White Paper, e-patients: How they can help us heal health care*, descargable en http://e-patients.net/e-Patients_White_Paper.pdf
- Fernández del Castillo, I., “Por qué parir en España es traumático”, *El Mundo*, 2 mayo 2004
- 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
- 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
- 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
- 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
- Ortiz, M. y Masllorens, A., “De parto”, <http://www.youtube.com/watch?v=ls8UT2WbGkg>, consultado 30 julio 2013
- 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.
- 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
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (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
- Villarme, 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 Sklodowska), 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
- , (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
- Villarme, S. y Fernández-Guillén, F. (2012), “Sujetos de pleno derecho. El nacimiento como tema filosófico”, en Pérez Sedeño, E. e Ibañez Martín, R. (eds.), *Cuerpos y diferencias*, México, Plaza y Valdés Editores, 103-127
- , (2011), “Fully entitled subjects: Birth as a philosophical topic”, *Ontology Studies*, 11 (2011), 211-230
- Villarme, S., Olza, I. y Recio, A. (2015), “El Parto es Nuestro: el impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España”, en D. Rodríguez-Arias y R. Triviño (eds.), *Entre vida y muerte*, México, Plaza y Valdés Editores
- , (previsto para 2016, en prensa) “On Obstetrical Controversies: Refocalization as Conceptual Innovation”, en Á. J. Perona (comp.), *Normativity and Praxis*, Milán, Mímesis International Editorial