
DOSIER: ACERCAMIENTOS HISTÓRICOS A LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS /
DOSSIER: HISTORICAL APPROACHES TO THERAPEUTIC RELATIONSHIPS

¿TECNOLOGÍA O ACOMPAÑAMIENTO DEL PARTO? LA RELACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-GESTANTE EN ESPAÑA A LO LARGO DEL SIGLO XX

Dolores Ruiz-Berdún

Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales, Universidad de Alcalá
E-mail: lola.ruizberdun@uah.es
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8884-6139>

Recibido: 15 mayo 2022; Aceptado: 15 octubre 2022; Publicado: 26 mayo 2023

Cómo citar este artículo / Citation: Ruiz-Berdún, Dolores (2023), "¿Tecnología o acompañamiento del parto? La relación profesional sanitario-gestante en España a lo largo del siglo XX", *Asclepio*, 75 (1): e05. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2023.05>

RESUMEN: En España, como en otros países del entorno, durante el siglo XX, la atención al parto hospitalario fue desplazando progresivamente al parto domiciliario. En el entorno clínico, la relación de los profesionales sanitarios con las gestantes sufrió grandes transformaciones, derivadas, fundamentalmente, de la pérdida de las posibilidades de elección de las parturientas durante el proceso obstétrico. Paralelamente, los protocolos y los adelantos científicos, como la monitorización cardio-tocográfica, propiciaron la tecnificación y medicalización del parto, lo que a su vez tuvo implicaciones en la relación entre gestantes y profesionales sanitarios, quienes no siempre fueron conscientes de cómo todas estas transformaciones afectaban a las mujeres durante parto.

Palabras clave: Parto; Tecnología; Medicalización; Relación profesional sanitario-paciente.

TECHNOLOGY OR CHILDBIRTH ACCOMPANIMENT? THE HEALTH PROFESSIONAL-GESTANT RELATIONSHIP IN SPAIN DURING THE 20TH CENTURY

ABSTRACT: In Spain, like in other countries, during the 20th century, hospital care for childbirth progressively displaced homebirth. In the clinical settings, the relationship between health professionals and pregnant women underwent major transformations, mainly due to the loss of choice for women in labour during the obstetric process. At the same time, protocols and scientific advances, such as cardiotocographic monitoring, led to the technification and medicalisation of childbirth, which in turn had implications for the relationship between pregnant women and healthcare professionals, who were not always aware of how all these transformations affected women during the labour.

Keywords: Childbirth; Technology; Medicalization; Health professional-gestant relationship.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XX, y de manera generalizada en los países occidentales, se produjo un cambio en el modelo de atención al nacimiento. Aunque el proceso de medicalización y tecnificación del parto había comenzado anteriormente, tomó un decidido impulso durante el siglo XIX y culminó con el traslado del escenario del parto al medio hospitalario (Al-Galiani y Davis, 2014; Alemany Anchel, 2016). Desde la década de los ochenta del siglo XX, algunas investigaciones han sugerido que este proceso continuo de medicalización y tecnificación buscaba consolidar el poder de la especialidad médica obstétrico-ginecológica (Arney, 1982).

Tanto la relación entre los profesionales sanitarios y las pacientes, como la medicalización y el uso excesivo de la tecnología en la asistencia sanitaria, han sido ampliamente estudiados desde la Historia de la Medicina, la Ética, la Sociología y la Antropología Médica. De hecho, la sobreutilización de la “medicalización” como categoría de análisis puede llevar a que el concepto pierda sentido (Perdiguero-Gil y Ruiz-Berdún, 2017). Los trabajos pioneros, centrados en el estudio de la medicalización del parto, proceden del ámbito anglosajón. Salim Al-Galiani y Ángela Davis (2014) han realizado una revisión sistemática de estudios sobre la medicalización del proceso (embarazo, parto y puerperio), el consumo preventivo de ácido fólico, la obsesión por visualizar el feto dentro del vientre materno y el desplazamiento de las mujeres a un papel pasivo y secundario. Whitney Wood examina narrativas de mujeres canadienses parturientas (Wood, 2018) y Natalia Magnone Alemán analiza el proceso de medicalización del parto, fuera del contexto anglo, en Uruguay (Magnone Alemán, 2020).

Centrándonos en el caso español, en los últimos años se ha producido un interés crítico en torno a la medicalización del parto y a las actuales relaciones entre gestantes y profesionales. Relaciones que, normalmente y como en otros países, sitúan a la parturienta en una posición de subordinación respecto a los dictados de quienes están a cargo de su proceso obstétrico. Pueden mencionarse los trabajos antropológicos sobre la problemática actual de Montes Muñoz (2007), Blázquez (2009) y Murialdo Miniello (2020), más centrados en las gestantes y parturientas que en las actitudes de profesionales sanitarios.

El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación al desarrollo de la medicalización y la tecnificación del parto en España durante el siglo XX a través de las narrativas de profesionales de la atención al nacimiento (gineco-obstetras y matronas) y contribuir a comprender los efectos de la medicalización y de la institucionalización

del parto en las relaciones entre profesionales entre sí y con las mujeres, lo cual provocó, además, la pérdida de autonomía de las mujeres en el proceso.

Para estudiar la evolución de la medicalización al parto en España, se ha recurrido a diversas fuentes primarias como monografías y prensa profesional del siglo XX; también a narrativas profesionales sobre las relaciones con las gestantes a través de relatos autobiográficos de profesionales¹, como César Fernández Ruiz², Julio Cruz y Hermida³, José Botella Llusía⁴, Alfonso Fernández-Cid Fenollera⁵ y José M.^a Carrera⁶ y matronas como Ramona Vía⁷ y Consuelo Ruiz Vélez-Frías.⁸ También me referiré a algunos reglamentos que enmarcaron las relaciones entre parturientas y obstetras o matronas y a fuentes que testimonian la medicalización, localizados en el Archivo General de la Administración (AGA) y el Archivo Regional de la Comunidad de Madrid (ARCM).

INSTITUCIONALIZACIÓN Y DESAPARICIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO

Los testimonios profesionales refieren que algunas características del parto domiciliario favorecían la relación entre los obstetras y las parturientas. El ginecólogo Julio Cruz y Hermida recordaba así su experiencia en los años cincuenta del siglo XX:

Asistí esta vez un fácil y bonancible nacimiento y, al finalizar el mismo, en aquel cálido y feliz hogar, me invitaron a café con leche y pestiños caseros. Me abrazaron y me despidieron propalando ante el vecindario que “era un gran doctor”, cuando yo sabía, ciertamente, que solo era un modesto licenciado, pero con ilusiones de futuro (Cruz y Hermida, 1995, p. 440).

En el fragmento se pueden apreciar las relaciones de cercanía que podía propiciar el parto domiciliario, entre profesionales, parturientas y familias. También da cuenta del prestigio profesional que se conseguía y, por tanto, la posibilidad de aumentar el número de pacientes. El formato de relación cambió con la hospitalización y las atenciones extraordinarias al profesional desaparecieron, como deja patente la frase de Cruz y Hermida (1995, p. 440): “La gente que acude a los Hospitales y a los Sanatorios ya no están (*sic*) por la labor de obsequiar con dulces. Lo que se ha ganado en tecnología se ha perdido en repostería casera”. Aunque disfrazada de cierta ironía, la frase expone la diferente relación médico-paciente en el entorno hospitalario. Sin embargo, en su balance, se decanta claramente hacia las bondades científicas de la tecnificación del parto en el hospital, frente a las ventajas humanas del domicilio

y las limitaciones del diagnóstico y actuaciones clínicas no tecnificadas,

El argüir que el parto es un hecho fisiológico y natural y, por ende, más propio de desarrollarse en la intimidad hogareña, no es asumible en el momento actual, en el que la alta tecnología detecta daños y situaciones fetales y maternas que el “ojo médico desnudo” no es capaz de apreciar [...] y que desvelan que el parto, como hecho fisiológico puro, no se da en todos los casos y la corrección de estas deficiencias pueden lograrse en los Centros hospitalarios y no en las casas (Cruz y Hermida, 1995, p. 454).

No solo los médicos, matronas como Consuelo Ruiz también narran su añoranza de los partos domiciliarios, por las oportunidades relacionales, más afectivas, que proporcionaba la asistencia personalizada a las mujeres: “aprovechábamos las pausas entre contracción y contracción y entre fase y fase para charlar con la mujer de otras cosas, como dos amigas o dos hermanas” (Claramunt, 2010).

En España, la institucionalización del parto no se completó de forma generalizada hasta los años ochenta del siglo XX, y no fue algo uniforme, ya que el proceso estuvo sometido a muy diversos avatares, como la pobreza de postguerra, el solapamiento de las funciones asistenciales por parte de las distintas instituciones, el desarrollo lento de los seguros sociales, etc. (Ruiz-Berdún, 2020). A las instituciones destinadas tradicionalmente a atender los partos de beneficencia, como las Casas de Maternidad, se unieron, después de la guerra, otras como las “Casas de la Madre” del Auxilio Social, que también atendían a mujeres sin recursos económicos (Castejón-Bolea y Riquelme-Quiñonero, 2022). Mientras que las mujeres con mejores posibilidades económicas daban a luz en clínicas privadas, o bien en los nuevos centros que se iban construyendo, o bien en los domicilios⁹.

La institucionalización del parto también tenía efectos para las parturientas. Dar a luz en una institución suponía que la mujer debía acatar las normas de la institución, en general restrictivas con respecto a las horas de visita y el alojamiento conjunto de puérperas y bebés. Las mujeres tampoco tenían capacidad de elección en aspectos como qué comer o a qué hora descansar, durante los días de ingreso. Las normas, por sí mismas, establecían una relación asimétrica entre profesionales y usuarias, desplazando a la mujer de su papel protagonista en el proceso obstétrico. Según el Reglamento de las Casas de la Madre del Auxilio Social, las madres que ingresaban estaban obligadas a asearse, tenían que seguir estrictamente las órdenes médicas y no podían ver a sus bebés recién nacidos excepto durante el rato que durasen las tomas de pecho. Si la madre era incapaz de amamantar,

no se le permitía dar el biberón de fórmula, ya que esta actividad era función de la enfermera puericultora¹⁰.

Además de estas rutinas hospitalarias más bien restrictivas, las mujeres ingresadas en estas instituciones se convertían, como veremos a continuación, en posibles sujetos de experimentación cuando se planteaba incorporar nuevas tecnologías, obstétricas o farmacológicas.

La medicalización del parto se inició antes de la generalización de la asistencia hospitalaria. Los partos domiciliarios también incluían elementos mecánicos, como el fórceps de la familia Chamberlen y otros posteriores (Hibbard, 2000, pp. 9-16), o farmacológicos, como el uso (o abuso) de los derivados del cornezuelo de centeno utilizado ya a comienzos del siglo XIX para acelerar el parto¹¹. Como veremos más adelante, casi cada obstetra tenía su propia receta para dirigir y acortar el parto, con el convencimiento de que un parto corto era lo mejor para evitar complicaciones de tipo hipóxico en el feto y de agotamiento en la madre.

“No dejes pasar dos veces el sol sobre la cabeza de la parturienta”, esta frase que el ginecólogo Luis Abad Colomer atribuía a su colega alemán Alberto Döderlein (1860-1941), resumía el miedo de los obstetras a las llamadas distocias dinámicas, es decir, al enlentecimiento o estancamiento del parto, que podía llegar a desencadenar el temido sufrimiento fetal (Abad Colomer, 1956). La consecuencia lógica a este temor era intentar acortar la duración de los periodos de dilatación y expulsión fetal recurriendo a los más variados mecanismos.

Si acortar la fase de dilatación era importante para quienes atendían el parto a domicilio fuese o no por causas médicas, en el medio hospitalario se añadieron problemas logísticos como disponer de la plantilla necesaria para cubrir el servicio. Entonces y ahora, es difícil estimar el número de partos diarios con cierto grado de certeza, por lo que una práctica hospitalaria consistía en acelerar el proceso para evitar situaciones de acumulación de trabajo difíciles de gestionar (Blázquez Rodríguez, 2009, p. 224).

Se suele acusar a médicos y cirujanos de la medicalización del parto, pero, probablemente, las matronas también utilizaron de forma generalizada, el cornezuelo de centeno u otro tipo de sustancias para acelerar las contracciones, a pesar de que estas profesionales tenían prohibido usar medicaciones sin indicación médica previa. Así lo comentaba, sin ocultar su misoginia y hostilidad contra las matronas, el ginecólogo César Fernández Ruiz, en 1944:

La comadrona es la pesadilla de todo tocólogo sensato. Esas “comadronas inteligentes”, que “saben tanto”, que

tienen consultas e internados, y que hasta operan..., son una verdadera catástrofe nacional. [...] Rara vez hemos visto un guante estéril en la mano de una profesora, y muchas veces, en cambio, la iniciativa de la pituitina, de la quinina, el intento de versión, y la extracción placentaria incompleta, la infección puerperal, y todo el cortejo de desastres inimaginables... (Fernández Ruiz, 1944, p. 449).

Hay que clarificar que las técnicas utilizadas para acelerar el parto, el cornezuelo de centeno primero, los preparados post-hipofisarios y la oxitocina sintética después, aumentaban, en gran medida, la percepción dolorosa de las parturientas. Por eso, una de las consecuencias del acortamiento medicamentoso de los partos, fue la generalización de la administración de analgésicos y anestésicos a las parturientas que, a su vez, podían producir una relajación uterina que había que compensar con la administración de más oxitócicos. Es un ejemplo de la llamada “cascada de intervenciones” en la que una intervención, tal vez innecesaria, conduce a la necesidad de aplicar una nueva intervención, y así sucesivamente (Organización Mundial de la Salud, 2015, p. 6). Frente a la medicalización que acelera el parto y el consiguiente aumento del dolor que se intentaba controlar con analgesia, parece que nadie planteaba contar con más profesionales que pudiesen hacer un acompañamiento efectivo y minimizar la necesidad de analgesia medicamentosa.

Veamos, en palabras del ginecólogo José M.^º Carrera, refiriéndose a los años cincuenta del siglo XX, las comodidades derivadas del uso de anestésicos en el parto, para los profesionales:

Toda paciente que ingresaba de parto en la clínica era monitorizada continuamente por una matrona que hacía constantes «relojes de contracciones» y auscultaba al feto cada diez minutos. Aún no se habían inventado los monitores electrónicos. Era habitual, salvo casos excepcionales, efectuar anestesia en el parto. Primero se hacía con un anestésico ultrarrápido como el *Baitinal* o el *Narcovenol* y después se optó por el *Pentotal* a lo Toulouse, y finalmente por el método Bedoya. Relativo a este, don Santiago comentó un día: debería hacerse un monumento a Bedoya, para premiarle las horas de sueño que nos ha hecho ganar con este invento. Después se puso en marcha la epidural [...] la Clínica Dexeus y la Maternidad de Barcelona fueron los primeros centros donde se aplicó en España (Carrera, 2017, pp. 66-67).

El “método Bedoya”, “método sevillano” o método EVA, cuyas siglas significan estimulación, ventosa y analgesia con tiopental, se llamaba así por su introductor, José M.^º Bedoya González (1912-1997), ginecólogo santanderino que trabajó, durante muchos años, en la maternidad de la Macarena de Sevilla. Don Santiago, era

Santiago Dexeus Font (1897-1973), fundador de la “Clínica Mater” en 1933¹². Durante el siglo XX, fue habitual que a las embarazadas ingresadas se les administrara algún medicamento cuyo uso estaba inicialmente destinado a cuadros psiquiátricos, con el fin de procurar la cooperación de las mujeres en los partos (Skowronski, 2015; Wood, 2018). A algunos de estos fármacos, además de su capacidad sedante, se les atribuía la propiedad de acortar el parto, como, por ejemplo, la Dolantina (Hidrocloruro de Petidina). En los años sesenta también fue común administrar durante el parto a las mujeres que ingresaban en la Casa de la Madre n.º 2, de Madrid un medicamento llamado Trilene¹³.

El uso de fármacos con propiedades antipsicóticas, como el haloperidol, parece ser todavía un método habitual del control del dolor en la fase latente del parto en algunos hospitales españoles, combinándolo con petidina (Fernández Arranz, 2017, p. 47)¹⁴. La ventaja de este tipo de fármacos para los médicos era la relajación de la parturienta, la mejoría de su estado de humor y, muy especialmente, la mayor cooperación en el parto, según comentaban algunos ginecólogos en publicaciones de los años sesenta (Staples, 1967). Además, se conseguía hacer más cómoda la práctica profesional, pues una parturienta que no siente dolor solicita menos atención de los profesionales sanitarios. Pero, evidentemente, esta circunstancia también tenía repercusiones negativas en las relaciones que se establecían entre profesionales y gestantes durante la dilatación. Una menor interacción personal podía transformarse en cierto distanciamiento y frialdad de las relaciones entre mujeres y profesionales.

Hasta la generalización del uso de anestésicos en el ámbito obstétrico, el dolor del parto se intentó minimizar, entre otras medidas, con el acompañamiento¹⁵. Efectivamente, como ya se ha comentado con anterioridad, el parto domiciliario se convertía en un acontecimiento social al que concurrían no solo profesionales, sino un número variable de personas del entorno íntimo de la madre. Ese acompañamiento familiar desaparecía en los entornos clínicos. Julio Cruz y Hermida mencionaba que la soledad que había experimentado en los partos domiciliarios era únicamente profesional, porque lo normal era estar rodeado de, al menos, media docena de personas, entre amistades y familiares de la parturienta:

... la “asistencia domiciliaria”, con toda su parafernalia de escenografía doméstica, temores, angustias, alegrías, riesgos; en una palabra, jugar a la “obstetricia sin red”, en la que el caminar por el alambre o el saltar del trapecio con el feto y la madre podía acabar en júbilo gozoso o silenciosa tragedia, ante un público expectante y especial: *la familia de la parturienta* (Cruz y Hermida, 1995, p. 439).

Una de las primeras medidas defensivas que incorporaron las maternidades en sus reglamentos fue restringir la presencia de personas ajenas, que podían poner en cuestión la actuación profesional. La Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid, inaugurada en 1924, fue una de las instituciones que más contribuyó a este cambio de modelo asistencial:

Es interesante observar cómo las familias aceptan gustosas y convencidas las limitaciones obligadas en las horas y tiempos de visita, cuando las mismas asiladas demuestran a sus deudos que sólo así pueden beneficiarse de los periodos de descanso y quietud necesarios en los puerperios y en el estado postoperatorio (Gálvez Ginachero, 1927).

Con argumentos de tipo higiénico, el personal desalojaba a los familiares del área obstétrica. Por ejemplo, en agosto de 1964, se produjo un aumento en las cifras de mortalidad infecciosa materna de la Casa de la Madre n.º 2 del Auxilio Social, que se achacó al exceso de familiares en las horas de visita, especialmente de las mujeres pertenecientes a la Seguridad Social¹⁶.

Las familias solo podían ver a la mujer una vez parida y siempre durante las horas de visita, normalmente muy restringidas. De esta manera, la soledad que antes había podido sentir el profesional sanitario en el parto domiciliario, se transfería a la parturienta en el ambiente hospitalario. A esta falta de acompañamiento familiar, se le unía, muy probablemente, al menos en algunos centros, un déficit de acompañamiento profesional ya que, como se ha comentado, las plantillas de matronas y obstetras de la mayoría de las maternidades eran insuficientes¹⁷. Por lo que controlar el dolor, durante el parto, también beneficiaba a los profesionales que estaban de guardia.

Las mujeres debían pasar solas la mayor parte del sufrimiento y, a lo sumo, estaban acompañadas por los gritos de otras mujeres en su misma situación, de las que, en ocasiones, solo estaban separadas por una cortinilla. El miedo al dolor y los gritos podían volverse contagiosos y provocar la desazón de los profesionales sanitarios.

PERCEPCIONES CONTRAPUESTAS SOBRE EL USO DE ANESTÉSICOS

Pocas voces se atrevían a cuestionar estas prácticas anestésicas, pero cabe mencionar la de uno de los ginecólogos más prestigiosos de la época, José Botella Llusá (1912-2002). En una sesión sobre el uso de anestesia epidural continua en el parto, celebrada en 1945, en la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid, expresó su conformidad con evitar el dolor de las contracciones, pero le parecía algo inadmisibile

utilizar cualquier medio para acortar el parto, ya fuese por un oxitócico o por medio del fórceps, siendo taxativo en su calificación, "Este parto breve e indoloro es una monstruosidad obstétrica"¹⁸.

Fuera de nuestras fronteras, también hubo quien mostraba cierta preocupación por el exceso de intervencionismo en los partos por parte de sus colegas, como el ginecólogo portugués Fernando Freitas Simoes (1890-1972), quien en 1955 achacaba estos excesos a la pérdida de la paciencia de los profesionales, una virtud que se había considerado indispensable históricamente para quienes se dedicasen a la asistencia a los partos:

Vou apenas referir-me áqueles casos em que, sem nenhuma razao de ordem clínica, o médico que assiste ao parto (custa-me neste caso chamar-lhe tocólogo), resolve abreviar a marcha natural dos acontecimentos, alegando as mais variadas razoes, escondendo, talvez sem dar por isso, a causa principal, que é a sua falta de paciencia (Freitas Simoes, 1955, p. 234).

Consuelo Ruiz Vélez-Frías coincidía en que la impaciencia de los profesionales era uno de los grandes enemigos del parto:

En realidad, no sé quién demuestra en el parto más impaciencia, si la parturienta o el profesional que assiste al parto, porque da la casualidad de que todos, o casi todos los inventos, tanto antiguos como modernos relativos al parto, están encaminados a aligerarlo a costa de lo que sea y ni siquiera la eventualidad de que acelerar un parto pueda perjudicar al feto se tiene, generalmente, en cuenta (Claramunt, 2010, p. 82).

Por su parte, la matrona catalana Ramona Via, indicaba en sus memorias la importancia de una buena relación de la mujer con la persona que la assiste para minimizar el abuso de este tipo de medicamentos:

Es importantíssim que hi hagi una bona relació, una compenetració, una confiança, entre la futura partera i l'òbsetra que l'ha d'assistir, sigui tocòleg o llevadora. En aquest temps de despersonalizació assistencial, no s'hi dóna la importància deguda. No hi ha res de pitjor per a la normal resolució d'un part que la tensió nerviosa de la partera, motivada moltes vegades per la falta de confiança en l'assistent. Es fa ús en aquest casos de medicació tranquil·litzadora (Via, 1972, p. 200).

Ramona Via también reflexionaba sobre las dosis más adecuadas de medicamentos dado el efecto diverso que estos podían tener sobre cada persona y sugería que, en caso de necesitarlos, los medicamentos se podían administrar en dosis mínimas. Sus largos años de experiencia atendiendo partos, la mayoría a domicilio,

eran la base para rechazar el exceso de medicalización: “Generalment, la dona de salut normal no necessita suport anestèsic per poder resistir els dolors d’un part normal. Ni anestèsics pròpiament dits ni tan sols tranquil·litzadors. Són sempre poc o molt inhibidors de facultats en el millor dels casos” (Via, 1972, p. 202).

Estos ejemplos eran una excepción y muy pocas voces profesionales osaban cuestionar lo que se consideraba, en esos momentos, una obstetricia moderna y científica. De hecho, algunos ginecólogos, en los años setenta, se alejaban de la idea del uso de fármacos como “monstruosidad obstétrica” y comentaban que era, precisamente, la estrecha relación médico-paciente, la que les llevaba a la utilización de los anestésicos para aliviar el dolor de las parturientas: “Desde el momento que el obstetra asiste, junto a la cabecera de la enferma, al acto de la parturición, se establece entre ambos una estrecha relación médico-paciente: ésta se dirige a aquél en busca de apoyo y alivio a sus dolores, y el médico se siente obligado a complacerla” (Dexeus, Carrera y Fernández-Cid, 1973, p. 126).

La utilización de la palabra “enferma” o paciente confirma la visión más centrada en la patología que en la salutogénesis de los ginecólogos. Por ejemplo, el llamado “Estilo Dexeus” del Instituto Dexeus que se plasmaba en un decálogo, destacaba la consideración de “paciente” al hablar de la importancia de la relación “médico-paciente”:

1º LA PACIENTE ES LO MÁS IMPORTANTE. Nada ni nadie debe interferir en la voluntad médica de brindarle, en cada circunstancia, la mejor medicina posible. Este precepto incluye dedicarle a cada paciente el tiempo y las atenciones que precisa.

2º LA BUENA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE ES LA BASE DE UNA MEDICINA EFICAZ. Esta relación debe ser cordial, pero respetuosa, paciente, pero no servil, y amigable, pero discreta. La información debe ser clara, veraz, continuada, completa y adaptada a la personalidad de cada paciente (Fernández-Cid, 2014, p. 196).

TECNOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE MINUSVALÍAS: MÁS ALLÁ DE LAS CIFRAS DE MORTALIDAD

Uno de los argumentos iniciales para trasladar el parto a los centros sanitarios, según comentaba en plena postguerra César Fernández Ruiz, jefe de la Maternidad Provincial de Palencia, fue conseguir la disminución de las cifras de mortalidad materna derivadas del parto y, muy especialmente, las de mortalidad perinatal, en con-

sonancia con la preocupación poblacional en el primer franquismo (Cayuela, 2010, p. 70; Ruiz-Berdún, 2019):

Pero lo verdaderamente fundamental y básico de la asistencia obstétrica es el “parto”, en cuyo momento están en juego dos vidas, que son justamente las que trata de proteger una asistencia bien ordenada y seriamente conducida. De este momento dependen en gran parte las cifras de mortalidad materna y fetal, de morbilidad (infección puerperal), de vitalidad ulterior inmediata del recién nacido (traumatismos obstétricos), de incapacidad de la mujer, de infertilidad posterior (Fernández Ruiz, 1944, p. 444).

Los métodos tradicionales de controlar el estado fetal durante el parto requerían la presencia de un profesional, normalmente una matrona, junto a la parturienta. Quien se encargaba del parto podía usar sus manos, para percibir la fuerza y duración de las contracciones, y sus oídos para escuchar la frecuencia cardíaca fetal, ya fuese con la aplicación directa de la oreja o con el estetoscopio de Pinard. En ambos casos, la única ayuda técnica utilizada era un simple reloj. Ambos métodos implicaban el contacto con la mujer de parto y por tanto una interrelación humana. Sin embargo, la ciencia positiva ideó métodos que sustituyesen esas prácticas tradicionales de proximidad con las pacientes en su búsqueda por la medición precisa. Varias figuras médicas contribuyeron al desarrollo y diseminación mundial del cardiotocógrafo, como Edward H. Hon, Hermógenes Álvarez y, sobre todo, Roberto Caldeyro Barcia (Magnone Alemán, 2020). Mucho antes de que se publicaran los hallazgos de estos autores, en los inicios del siglo XX, ya existían dispositivos de medición más rudimentarios que registraban, por separado, la actividad contráctil uterina y la frecuencia cardíaca fetal (FCF). Por ejemplo, en 1914 se usaba el llamado histerógrafo de Fabre (Regnier, 1914, p. 11).

A finales de los años sesenta del siglo XX, como recordaba años después el ginecólogo Víctor Conill, se iba afianzando el convencimiento de que la hipoxia durante el parto (derivados de los traumatismos craneales o de la anoxia intraparto) podía ser el origen de muchos déficits neurológicos y sensoriales de la criatura neonata que con anterioridad producían los traumatismos generados por fórceps:

Podemos decir que la distocia mecánica, tan temida en otros tiempos, está vencida con la puesta en práctica de los medios de uso corriente en todo centro asistencial [...] Por el contrario, la anoxia sigue causando estragos. Cada día va ganando más partidarios la idea de que un gran número de oligofrénicos lo son a consecuencia de una anoxia intraparto (Conill Serra, 1967, p. 12).

La tecnología desembarcó masivamente en los partos españoles a raíz de la publicación del “Plan de Prevención de la Subnormalidad” de 1978. Aunque ya existían unidades de Fisiopatología Fetal en los grandes hospitales (Castelló López, 2021), numerosas instituciones establecieron acuerdos de cooperación amparados en este plan, que tenía un presupuesto de 497 millones de pesetas a cargo del presupuesto del Fondo Nacional de Asistencia Social (Del Cura González, 2020). El material que se financió con estos fondos tenía un coste considerable¹⁹.

Inicialmente, los aparatos de monitorización continua solo estaban destinados a las mujeres que presentaban riesgo obstétrico, pero poco a poco, la monitorización interna continua se fue generalizando²⁰. Con la monitorización, desaparecía la necesidad de seguimiento directo y continuado de la parturienta, entrando en la habitación para hacer “ventanas de auscultación”. Las variaciones de la FCF podían ser escuchadas desde el control del área de parto por las matronas y los médicos de guardia. Desde el punto de vista de la relación profesional-gestante, esta circunstancia puede leerse desde dos ángulos. Por un lado, era positivo no molestar a la mujer constantemente y distraer su concentración si, por ejemplo, estaba utilizando el método psicoprofiláctico para el control del dolor. El lado negativo era la disminución de la interacción humana. Además, la máquina, y más concretamente la gráfica, era el eje de atención en las visitas a la habitación en la que estaba dilatando la mujer. La aparición de la monitorización centralizada, es decir, la posibilidad de los profesionales de ver a distancia y en una pantalla, de forma simultánea, las gráficas de todas las mujeres ingresadas, fue otro avance del que se pueden realizar distintas lecturas. Las tecnologías introducían la comodidad y la seguridad por un lado, pero la distancia y la frialdad de la relación por otro.

DE LA TECNIFICACIÓN A LA HUMANIZACIÓN

En 1977, el psiquiatra George L. Engel (1913-1999) publicó un artículo en *Science*, sobre la necesidad de cambiar el modelo biomédico, que se había impuesto a lo largo del siglo XX, por un abordaje bio-psico-social, más holístico e integrador de todos los aspectos que pueden afectar a la salud humana (Engel, 1977). El artículo tuvo una repercusión inusitada en el marco de una corriente internacional de humanización médica que reclamaba la sensatez en el uso de la tecnología. En 1979, Caldeyro Barcia²¹, uno de los “responsables” de la tecnificación de la asistencia obstétrica, se mostraba consternado por el rumbo dogmático que estaba tomando la obstetricia:

La forma actual de conducir el parto incluye maniobras y administración de drogas que se aplican dogmáticamente en forma rutinaria desde hace años, sin haber realizado un análisis científico y objetivo de sus ventajas e inconvenientes. Muchas de ellas se han introducido contemplando la conveniencia del obstetra (Caldeyro-Barcia, 1979, p. 1).

Caldeyro responsabilizaba a los obstetras de haber introducido la posición horizontal en el parto para su propia comodidad y para poder aplicar el fórceps con más facilidad. Recomendaba evitar la realización rutinaria de prácticas como la amniotomía precoz, la aceleración del parto con oxitocina, los pujos a glotis cerrada (soltando el aire al empujar), o la sedación y analgesia obstétrica rutinarias. A pesar de estas recomendaciones, a principios del siglo XXI, en muchos partos españoles, las prácticas no recomendadas por Caldeyro seguían siendo la norma²². Según este obstetra, para el bienestar materno era fundamental:

Por lo menos un miembro del equipo perinatal debe estar presente y mantener una vigilancia estrecha y continua para asegurar que son buenas las condiciones de salud de madre e hijo y que el trabajo de parto está progresando normalmente. Deben emplearse los métodos más adecuados disponibles para esta vigilancia, evitando interferir con el bienestar de la parturienta y del medio ambiente familiar (Caldeyro-Barcia, 1979, p. 3).

Además, este ginecólogo recomendaba el contacto precoz de madre y bebé y el alojamiento conjunto, mientras que la separación de madres y bebés ha sido otra de las rutinas que ha costado eliminar en España. En algunos hospitales desaparecieron los nidos hace apenas una década²³. Precisamente al propio Caldeyro se le atribuye la siguiente frase, tal vez apócrifa, sobre las repercusiones que su invento había tenido para todas las mujeres en el proceso de parir: “Yo desarrollé la monitorización fetal para ayudar a las pocas mujeres que tienen dificultades en el parto, no para poner a todas las mujeres de parto en dificultades” (Fernández del Castillo, 2006, p. 61).

Esta corriente de humanización de los partos, no tuvo demasiada repercusión en España. Y, aunque sean necesarios nuevos estudios, como causa de esa actitud pueden intuirse la preferencia política por otras cuestiones sanitarias tras la muerte del dictador y la priorización del “Plan de Prevención de la Subnormalidad”, encabezado por Federico Mayor Zaragoza, en 1978, que supuso un fuerte impulso a la tecnificación de la asistencia al embarazo y parto.

LA DIFICULTAD DE LAS RELACIONES EN EL CONTEXTO SANITARIO

Además de los efectos de la tecnificación, obstetras como César Fernández Ruiz reflexionaron sobre otros aspectos propios de la relación con las parturientas:

La verdad es que nunca se aprende a complacer a todos, y que el trato social, médicamente hablando, no es nada fácil. Si el médico es simpático y efusivo, dirán los críticos que es “cobista con los enfermos”. Si es serio y parco en sus palabras, le calificarán de “antipático y orgulloso”. Si expone sus razonamientos en términos sencillos y corrientes, le llamarán “chabacano o indocumentado”. Si lo hace científicamente y con corrección, será un “pedante” (Fernández Ruiz, 1956, p. 169).

De hecho, la cuestión de hasta dónde debe llegar la conexión entre pacientes y profesionales, sigue siendo fundamental en la formación de profesionales (Baños Díez, 2007). Algunos no llegan a entender la importancia de pensar la relación hasta que no sufren la experiencia transformadora de convertirse en pacientes. El obstetra José Gálvez Moll²⁴, cuando enfermó de cáncer, le comentaba a José Botella Llusíá: “Cuando se sufre, se ve lo que un médico representa. Si sobrevivo, tengo que ser muy cariñoso con mis enfermas. Acuérdate de mí y sólo (*sic*) tú también” (Botella Llusíá, 2012, p. 359). En otros casos la reflexión sobre el modelo relacional llega al final de la vida del profesional. Así lo planteaba Alfonso Fernández-Cid Fenollera en sus memorias: “Sí, he tenido mucho disgusto al saber que alguna de mis pacientes no se hubiese sentido atendida todo lo bien que esperaba de mí; creo que son pocas, pero aun así me duele y si me oyesen desde aquí les pediría perdón” (Fernández-Cid, 2014, p. 198). Sin embargo, Fernández-Cid hacía un balance positivo, basándose más en datos materiales (regalos y algunas cartas recibidas durante su vida profesional) que en una reflexión profunda sobre la importancia de la comunicación y la empatía para las relaciones con sus pacientes: “Que atendía bien a mis pacientes lo avalan las muchas cartas de agradecimiento que he recibido y los incontables obsequios especialmente por Navidades” (Fernández-Cid, 2014, p. 198). Estas pacientes tan agradecidas provenían de capas sociales altas, puesto que desarrolló su trabajo en la institución privada, el Instituto Dexeus. Según narra en sus memorias, publicó un artículo-editorial sobre esta temática en el *Boletín del Instituto Dexeus* (“Médico-paciente, ¿amigos o enemigos?”). Se trataba de una reflexión sobre el crecimiento de una medicina defensiva que estaba afectando a la tasa de cesáreas, y que justificaba por la pérdida de confianza en los profesionales. El relato deja entrever su añoranza de épocas de mayores privilegios para los profesionales de la medicina y una visión idealizada de la práctica médica:

... es una verdadera pena que el paciente se vea influenciado de tal manera que entre en el consultorio del médico pensando ya de antemano que le pueda engañar, que se pueda equivocar, en una palabra que vaya con desconfianza hacia él, cuando justamente lo que necesita el que padece una dolencia es todo lo contrario, es pensar que está en buenas manos, que le van a tratar con respeto, con honradez, muy seguramente con eficacia, pero, por encima de todo, que vea que el médico le va a ofrecer todo lo que sabe, como lo haría con su mejor amigo, ya ahora sí que voy a dar la respuesta rotunda, contundente y de verdad deseable, el médico y el paciente son verdaderos amigos, es la única manera, en mi modesta opinión de poder ser realmente eficaz en esta profesión que, quieras o no, sigue teniendo algo de vocacional, algo de sacerdocio, algo de entrega a los demás, aunque naturalmente también nos tenemos que ganar la vida como cualquier hijo de vecino, para vivir con dignidad (Fernández-Cid, 2014, p. 204).

Las matronas sufrieron, también, el mismo proceso de institucionalización que el parto. Aunque hasta los años setenta hubo matronas que atendían partos domiciliarios en las zonas rurales, la mayoría fue abandonando esas plazas para incorporarse a las creadas en las instituciones cerradas por el “Plan de Instalaciones Sanitarias” del desarrollismo franquista (Ruiz-Berdún, 2020). Estas nuevas matronas, formadas en la sumisión y la jerarquía, no tenían demasiadas oportunidades para luchar contra las circunstancias: su formación y su trabajo dependía, en gran medida, de los obstetras. Solo algunas parecían preocupadas por el rumbo deshumanizado de la tecnificación de la asistencia al parto. Así lo manifestaba, en 1979, Consuelo Ruiz Vélez-Frías, distanciándose de una relación y una práctica marcadas por el modelo que imponía el consumismo:

Sí, amigas mías, os pido que entonéis un réquiem por nuestra querida profesión y, si no fuera pedir gollerías, si no se tratara quizá de cosas imposibles, os pediría también que, en medio de tanta ciencia y de tanta organización, nos esforzáramos porque el acto de dar vida a un nuevo ser no se deshumanice, por defender hasta donde las fuerzas nos alcancen la carga emocional y emotiva de un parto, porque, aun en la más ínfima función que nos toque en suerte en el trabajo de equipo, no olvidemos que el parto es un hecho trascendental, que no es lo mismo tener un hijo que procurarse un mueble o un vestido, que las mujeres necesitan al dar a luz algo más que atenciones médicas²⁵.

Las recomendaciones de Consuelo Ruiz no cayeron en saco roto. Precisamente la relación entre mujeres y matronas es uno de los ejes fundamentales sobre los que se ha redefinido la profesión en los últimos años, que ha buscado marcar distancias con los obstetras. Así lo reflejaba

en 2005 Adela Vidal Puértolas, en una obra que intentaba establecer un marco propio de valores profesionales:

La relación de las comadronas con las mujeres es mucho más amplia que la de ofrecer con utilidad consejos específicos y directos. Es una relación que se establece también para confirmar a otra mujer en todas sus potencialidades y con el fin de que se manifieste y afirme al expresar sus recursos latentes. Lo cual obliga a las comadronas a percibir la relación desde el compromiso [...] Ayuda que se desarrolla en el soporte, la escucha, en la capacidad de ahondar y relativizar al mismo tiempo en los sucesos que se acontecen o que surgen. [...] La guía se ejerce sin dominar, fiscalizar ni coartar a las mujeres cuando se prestan atenciones y cuidados en el área de salud procreativa (Vidal Puértolas, 2005, p. 46).

Las matronas han tenido un papel muy relevante en las propuestas “desmedicalizadoras” del parto, tal vez como estrategia para no desaparecer como profesión, frente a la expansiva medicalización del parto propuesta por los obstetras. Estas propuestas surgieron antes en otros países europeos. Así, en noviembre de 1993, dentro del Sistema Nacional de Salud británico (NHS) se realizó un ensayo piloto de un nuevo modelo de atención al parto llamado *One-to-One midwifery*, cuya evaluación fue muy positiva (Beake, McCourt y Page, 2001; Page, 2003). En realidad, este “nuevo modelo” de acompañamiento en el parto guarda similitud con prácticas de siglos anteriores en los partos domiciliarios.²⁶

En la España actual, la propuesta de cambio de modelo de asistencia al parto menos medicalizada y fundamentada en la evidencia científica se comenzó a producir con la publicación de *La Estrategia de Atención al Parto Normal* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). En la elaboración de este documento, impulsado por el Observatorio de Salud de las Mujeres, a cuyo frente se encontraba Concha Colomer (1958-2011), participaron no solo profesionales de las asociaciones científicas de matronas y gineco-obstetras, sino también representantes de grupos de usuarias, como la asociación El Parto es Nuestro y la Plataforma Pro-Derechos del Nacimiento. Sin embargo, este documento, al igual que la *Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010), no tienen un carácter normativo, sino que aportan únicamente recomendaciones, por lo que los avances en la desmedicalización se han producido más lentamente de lo esperado, e incluso han sufrido un retroceso debido a la pandemia por COVID-19 (Ruiz-Berdún *et al.*, 2022).

CONCLUSIONES

Las relaciones de los profesionales sanitarios y las mujeres durante el proceso obstétrico sufrieron un

cambio muy brusco en el siglo XX. La institucionalización del parto fue un factor decisivo en este cambio, proceso que, en España, estaba prácticamente finalizado en los años setenta del siglo XX. La institucionalización supuso una ruptura con el modelo de continuidad asistencial, que tuvo una importante repercusión en las relaciones entre gestantes y profesionales, porque, entre otras cosas, la mujer ya no podía elegir a la persona que la iba a atender en uno de los momentos más significativos e íntimos de sus vidas. Aunque la medicalización del nacimiento había comenzado antes de este cambio de escenario, el parto hospitalario precipitó el proceso, por el uso generalizado de medicamentos para acelerar el parto y la analgesia. Estas intervenciones, justificadas en la mejora de la seguridad y el confort de las mujeres, también resultaban muy convenientes para los profesionales por diversos motivos, pero tuvieron una repercusión negativa al producir cierto distanciamiento entre ambos. El efecto más importante de este proceso fue la disminución de la capacidad de decisión de la mujer en diversos aspectos, entre los que se encontraba el acompañamiento durante el trabajo de parto-expulsivo- puerperio, elegir a la persona que la iba a atender, el tipo de parto, postura, etc. La coincidencia de la puesta en marcha, en España, del “Plan de Prevención de las Minusvalías”, a finales de los años setenta, con una corriente internacional que reclamaba un parto más humanizado, hizo que la repercusión de esta última en nuestro país pasase prácticamente desapercibida.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que no se puede generalizar, parece que las matronas han sido más conscientes de la necesidad de mejora de la calidad de la relación con las mujeres en comparación con los obstetras. Probablemente, tanto el buen uso de la tecnología, como la vuelta a una medicina más personalizada, sean los retos más interesantes a los que se tienen que enfrentar los profesionales presentes y futuros de la atención al parto en los países industrializados. Retos que apoyan instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud o las Naciones Unidas y nacionales como el Ministerio de Sanidad.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Investigación realizada en el marco del Proyecto “El desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)” Referencia PID2021-122699OB-100, financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

NOTAS

- 1 Este tipo de fuentes, aunque hay que tomarlas con cierta distancia debido a la intencionalidad buscada por sus autores/as y a la debilidad del apoyo bibliográfico que suelen contener (Durán López, 2002), precisamente son las más adecuadas para encontrar reflexiones personales sobre distintos aspectos de la vida tales como las relaciones con otras personas, entre ellos los pacientes.
- 2 César Fernández Ruiz (1906-1966) fue tocólogo de la Beneficencia Provincial de Palencia y autor prolífico, con especial interés en temas histórico-médicos (Fernández Nieto, 1967).
- 3 Julio Cruz y Hermida es un ginecólogo retirado, miembro de la Real Academia Nacional de Medicina. Gran parte de sus años activos (1963-2019) estuvo en el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid (Cruz y Hermida, 2007).
- 4 José Botella Llusía (1912-2002) perteneció a una saga de ginecólogos. Fue catedrático de Ginecología y obstetricia en la Universidad Central de Madrid, de la que fue rector entre 1968 y 1972.
- 5 Alfonso Fernández-Cid (1937-2020) ejerció como ginecólogo en el Instituto Dexeus, centro del que se hablará más adelante.
- 6 José M.ª Carrera i Macià (1937-) también fue uno de los fundadores del Instituto Dexeus. Es autor de una obra sobre la necesidad de humanizar la medicina (Carrera i Macià, 2019).
- 7 Ramona Via (1925-1982) fue una matrona y escritora catalana que vivió el cambio de modelo asistencial; publicó una interesante obra auto-etnográfica al final de su vida laboral (Brigidi y Comelles, 2014).
- 8 Consuelo Ruiz Vélez-Frías (1914-2005) matrona del Seguro Obligatorio de Enfermedad y escritora; autora del primer libro sobre el “parto sin dolor” publicado en España (García Arregui, 2019, p. 107).
- 9 El Seguro Obligatorio de Maternidad (SOM) fue aprobado por Real Decreto-Ley en 1929, pero no se implantó hasta 1931, posteriormente sería incorporado al Seguro Obligatorio de Enfermedad cuando este se instauró en 1942 (Pons Pons, 2009). El Instituto Nacional de Previsión, encargado de la gestión de los seguros sociales tuvo que establecer convenios con instituciones como la Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid o las Casas de la Madre del Auxilio Social para atender a sus aseguradas, a pesar de tener prevista la construcción de centros maternos. Documentación sobre el convenio entre el INP y la Casa de la Madre nº 2 de Madrid, AGA, IDD (03) 122 33/09299.
- 10 Reglamento de las Casas de la Madre del Auxilio Social. AGA, IDD (03) 122 caja 33/09299. La primera “Casa de la Madre” se inauguró en Madrid en abril de 1939, diez años más tarde había un total de 7 de centros repartidos por la geografía nacional: Tarrasa, Cáceres, Mérida, Almería, Salamanca, más dos en Madrid (Sánchez Harguindey, 1949).
- 11 Ya a inicios del siglo XIX Stearns afirmaba: “It expedites lingering parturition, and saves to the accoucheur a considerable portion of time, without producing any bad effects in the patient. [...] I have seldom found a case that detained me more than three hours” (Stearns, 1808).
- 12 Era una institución privada que tendría su continuación en el Instituto Dexeus, fundado a su vez por el hijo de don Santiago, José M.ª Dexeus y Trias de Bes (1924-2016).
- 13 Historias clínicas. ARCM, Fondo “Casa de la Madre”, caja 11099. El Trilene era el nombre comercial del Tricloroetileno, un anestésico que empezó a utilizarse en los partos a finales de los años 40 (Reynolds, 1949).
- 14 La pauta habitual es de 50 mg de petidina y 2,5 mg de haloperidol. El haloperidol fue sintetizado por primera vez en 1958, por los laboratorios Janssen (Granger y Albu, 2005, p. 137).
- 15 Aunque los anestésicos inhalados se usaron por primera vez en los partos en el siglo XIX, gracias a James Young Simpson (1811-1870), su generalización no se produjo hasta mucho más adelante y varió dependiendo de las costumbres y los medios humanos y materiales de los distintos centros: Dexeus Font, Santiago y Martínez, José Miguel (1950). Analgesia y anestesia obstétrica en el parto, Palma de Mallorca, Imprenta Vich.
- 16 Documento fechado el 11 de agosto de 1964, Fondo de la “Casa de la Madre” de Auxilio Social. AGA, IDD (03) 122 caja 33/09299. A pesar de la oposición del director del centro, el ginecólogo Manuel María de Mendizábal Amezaga (1912-) firmó un convenio para acoger a embarazadas protegidas por el Seguro Obligatorio de Enfermedad el 26 de octubre de 1962.
- 17 Por ejemplo, la Casa de la Madre nº 2 del Auxilio Social en Madrid, desde su fundación, en 1943, contaba con una plantilla total de 4 matronas, a las que se sumaron otras tres temporalmente procedentes de la plantilla de la Casa de la madre nº 1, cuando esta fue clausurada el 29 de julio de 1959. Tres años más tarde, en 1962, las plazas excedentes habían sido amortizadas y volvía a haber tan solo cuatro matronas para cubrir todos los turnos. En 1964 ya solo quedaban dos matronas en la plantilla: AGA, IDD (03) 122 33/09299.
- 18 La sesión tuvo lugar el 23 de noviembre de 1945, aunque no se publicó el resumen hasta 1946: “Reseñas de Reuniones Científicas”, *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, 1946, 4 (21), p. 209.
- 19 Por ejemplo, los cardiotocógrafos de la firma Corometrics Medical System costaban un millón de pesetas, tanto los que servían para el control prenatal, como los de control intraparto. Y mucho más caros eran los ecógrafos con un coste de hasta siete millones de pesetas. En el caso del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, estos instrumentos fueron financiados por el convenio suscrito con el Plan de Prevención de Minusvalías que alcanzó un importe de 19.248.390 pesetas, para el periodo 1977 a 1982 AGA, IDD, (08) 012 44/07295.
- 20 La monitorización interna conlleva la rotura de la bolsa amniótica, con lo que las contracciones se hacen más dolorosas y aumenta la posibilidad de necesitar analgesia por parte de la mujer, produciéndose así la cascada de intervenciones.
- 21 Roberto Caldeyro Barcia (1921-1996), médico uruguayo considerado como uno de los padres de la perinatología por sus descubrimientos del efecto de la contractilidad uterina sobre el bienestar fetal (Zárate, Manuel-Apolinar y Hernández-Valencia, 2017).
- 22 Para combatir esta inercia, el Ministerio de Sanidad elaboró la Estrategia de Atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).
- 23 Ramil, Ana (2012), “El Materno ‘cierra’ la sala nido para no separar a la madre del recién nacido”, *La Opinión A Coruña*, 10 de noviembre de 2012, <https://www.laopinioncoruna>.

es/sociedad/2012/11/10/materno-cierra-sala-nido-separar-24953608.html

- 24 José Gálvez Moll (1909-1954), era hijo de uno de los más famosos ginecólogos de la primera mitad del siglo XX, José Gálvez Guinachero (1866-1952). José Botella Llusá no especifica en qué año se produjo la conversación, pero por la fecha del fallecimiento, debió ser alrededor de 1953.
- 25 Ruiz Vélez-Frías, Consuelo (1979), "Réquiem por una profesión", *VI Congreso Nacional de Matronas, Palma de Mallorca del 3 al 6 de octubre de 1978*, [documento de literatura gris mecanografiado, recopilado por la Casa Nestlé, que recoge las ponencias a dicho congreso]. Fuente: colección particular.
- 26 Incluso en el siglo XVII el acompañamiento continuo podía comenzar bastante antes de que se iniciase el parto, especialmente entre pacientes de clase social alta, como recoge Antonio Paz y Mélia en relación al parto de Mariana de Austria anunciado por Jerónimo Barrionuevo en 1657 "Ya han llevado á Palacio á la comadre de Granada para que de día ni de noche no se aparte del lado de la Reina en una antecámara que está detrás del aposento adonde duerme". El aviso de Jerónimo Barrionuevo, de 14 de noviembre de 1657, hacía referencia al inminente parto de Mariana de Austria (1634-1696), que estaba embarazada del que sería Felipe Próspero (1657-1661). Paz y Mélia, Antonio, 1893, p. 367.

BIBLIOGRAFÍA

- Al-Gailani, Salim; Davis, Angela (2014), "Introduction to «Transforming pregnancy since 1900»", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences Around*, 47, 229-232. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2014.07.001>
- Alemaný Anchel, M.ª José (2016), *De mujeres y partos. Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX*, València, Universitat de València.
- Arney, William Ray (1982), *Power and the profession of obstetrics*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Baños Díez, Josep-Eladi (2007), "¿Cuál debe ser el grosor del escudo? La enseñanza de las sutilezas de la relación médico-paciente mediante obras literarias y películas comerciales", *Journal of Medicine and Movies*, 3 (4), pp. 159-165.
- Beake, Sarah; McCourt, Christine; Page, Lesley (2001), *Evaluation of one-to-one midwifery second cohort study: report*, London, Thames Valley University and National Health Service.
- Blázquez Rodríguez, Maribel (2009), *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*, tesis doctoral, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.
- Botella Llusá, José (2012), *Cartas a Maripepa. Relatos íntimos de tiempos cruciales*, Madrid, Ateneo de Madrid.
- Brigidi, Serena; Comelles, Josep M. (2014), "La mirada (auto) etnográfica de tres comadronas y su traducción (cinemato)gráfica. Los vericuetos del yo autoral", *Revista de Medicina y Cine*, 10 (4), pp. 174-182.
- Caldeyro-Barcia, Roberto (1979), *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, Montevideo, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.
- Carrera Macià, José M.ª (2017), *Memorias de un ginecólogo. Una historia de superación personal*, Barcelona, Edhasa.
- Carrera Macià, José M.ª (2019), *Medicina deshumanizada: por una sanidad con rostro humano*, Pamplona, Editorial Laetoli.
- Castejón Bolea, Ramón; Riquelme-Quiñonero, María-Teresa (2022), "Maternología, eugenesia y sífilis en España durante el primer franquismo, 1939-1950", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 29 (1), pp. 101-120. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702022000100006>
- Castelló López, Maribel (2021), "Entrevista a Teresa Cabrera Sanz, una matrona promotora y partícipe del cambio en la obstetricia moderna", *Matronas hoy*, 9 (2), pp. 62-68.
- Cayuela Sánchez, Salvador (2010). *La biopolítica en la España franquista*, tesis doctoral, Murcia, Universidad de Murcia.
- Claramunt, M.ª Ángeles (2010), *Parir sin miedo. El legado de Cosnuelo Ruiz Vélez-Frías*, Santa Cruz de Tenerife, Editorial OB STARE.
- Conill Serra, Víctor (1967), *Sufrimiento fetal en el parto*, Barcelona, EM.
- Cruz y Hermida, Julio (1995), "Nacer en la casa. Una página de la historia de la obstetricia. (Anécdotas y recuerdos personales de la asistencia al parto domiciliario)", *Toko-Ginecología Práctica*, 54 (9), pp. 437-455.
- Cruz y Hermida, Julio (2007), *Las Matronas en la Historia*, Las Rozas, Habe Editores.
- Del Cura González, Mercedes (2020), "«Ayúdala a nacer mejor»: campañas para la prevención de la discapacidad intelectual durante la transición democrática". En: Martínez Pérez, José; Perdiguero Gil, Enrique (eds.), *Genealogías de la Reforma Sanitaria en España*, Madrid, La Catarata, pp. 271-297.
- Dexeus, Santiago; Carrera, José M.ª; Fernández-Cid, Jose M.ª (1973), *El nacimiento de un niño*, Barcelona, Salvat.
- Durán López, Fernando (2002), "La autobiografía como fuente histórica: problemas teóricos y metodológicos", *Memoria y Civilización*, (5), pp. 153-187. Doi: <https://doi.org/10.15581/001.5.33806>
- Engel, George L. (1977), "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", *Science*, 196 (4286), pp. 129-136. Doi: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fernández Arranz, Julita (2017), *Ensayo clínico aleatorizado sobre la efectividad de la esferodinamia versus petidina y haloperidol para el alivio del dolor de parto en fase de latencia*, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández del Castillo, Isabel (2006), *La revolución del nacimiento. Partos respetados, nacimientos más seguros*, Barcelona, Granica.
- Fernández Nieto, José M.ª (1967), "Notas Necrológicas: El Doctor D. César Fernández Ruiz, espejo de hombres y ejemplo de

- Académicos”, *Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses*, (25), pp. 199-200.
- Fernández Ruiz, César (1944), “Comentario a la clínica obstétrica moderna. Asistencia Social”, *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, 1 (6), pp. 443-456.
- Fernández Ruiz, César (1956), *El camino del ginecólogo*, Barcelona, Editorial Científico-Médica.
- Fernández-Cid Fenollera, Alfonso (2014), *Parolas con un ginecólogo*, Dúrcal (Granada), La Mirada Malva, Alfonso Fernández-Cid.
- Freitas Simoes, Fernando (1955), “Paciencia, virtude cuasi perdida em Obstetricia”, *V Congreso Hispano Portugués de Obstetricia y Ginecología*, Sevilla, Editorial Católica Española, pp. 231-244.
- Gálvez Ginachero, José (1927). *La Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela de Matronas. Memoria descriptiva de su funcionamiento y resumen estadístico en los tres primeros años*, Madrid, Blass Sociedad Anónima.
- García Arregui, Amaya (2019), *Psicoprofilaxis y Educación Maternal. Historia de la preparación al parto en España*, tesis doctoral, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Granger, Bernard; Albu, Simona (2005), “The Haloperidol History”, *Annals of Clinical Psychiatry*, 17 (3), pp. 137-140. DOI: <https://doi.org/10.1080/10401230591002048>
- Hibbard, Bryan (2000), *The obstetrician’s armamentarium*, San Anselmo (California), Norman Publishing.
- Magnone Alemán, Natalia (2020), “Cuerpos femeninos e intervenciones obstétricas. Discurso científico-médico en Uruguay a mediados del siglo XX”, *Dynamis*, 40 (29), pp. 457-477. DOI: <https://doi.org/10.30827/dynamis.v40i2.17973>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), *Estrategia de Atención al Parto Normal*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Montes Muñoz, M.ª Jesús (2007), *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*, tesis doctoral, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.
- Murialdo Miniello, Virginia (2020), *La construcción cultural del parto respetado en Madrid*, tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (2015), *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*, Ginebra, Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, [en línea], disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179906/9789243507361_spa.pdf;jsessionid=675F343947D9D2CC2817AB7E2E4CF99A?sequence=1 [consultado el 25 /07/2022].
- Page, Lesley (2003), “One-to-one midwifery: restoring the ‘with Woman’ relationship in midwifery”, *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 48 (2), pp. 119-125. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(02\)00425-7](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(02)00425-7)
- Paz y Mélia, Antonio (1893), *Avisos de D. Jerónimo de Barrionuevo (1654-1658). Precede una noticia de la vida y escritos del autor*, Tomo III, Madrid, Imprenta y Fundición de M. Tello.
- Perdiguer-Gil, Enrique; Ruiz-Berdún, Dolores (2017), “La medicalización: ¿un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud”. En: Zarzoso, Alfons; Arrizabalaga, Jon (eds.), *Al servicio de la salud humana: la Historia de la Medicina ante los retos del siglo XXI*, Sant Feliu de Guixols, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 247-252.
- Pons Pons, Jerònia (2009), “Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del seguro de maternidad al Seguro Obligatorio de Enfermedad”. En: *XVI Encuentro de Economía Pública*. Granada, [en línea], disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2942283>
- Regnier (1914), “El parto sin dolor”, *España Médica*, 4 (128), p. 11.
- Reynolds, F. Neon (1949), “Trilene as an Analgesic in Labour. Report of the Royal College of obstetricians and Gynaecologists”, *British Medical Journal*, 1 (4603), pp. 537-538.
- Ruiz-Berdún, Dolores (2019), “Objetivo: Repoblar España. El Plan Nacional Ideal de la Obra Maternal e Infantil”. En: González Bueno, Antonio; Baratas, Alfredo (eds.), *Ciencia útil. Investigación básica y aplicada en Farmacia y Ciencias de la Vida durante el franquismo*, Madrid, Ediciones Complutense, pp. 291-316.
- Ruiz-Berdún, Dolores (2020), “Las dificultades de las matronas en la España rural del siglo XX”. En: Martínez Pérez, José; Perdiguer-Gil, Enrique (eds.), *Genealogías de la Reforma Sanitaria en España*, Madrid, Los libros de La Catarata, pp. 21-62.
- Ruiz-Berdún, Dolores; Recio Alcaide, Adela; Clemente Paulino, Inmaculada; Quintana, Rosario; Hossain-López, Sheima (2022) “Salud reproductiva durante la pandemia por COVID-19”. En: *Informe de Salud y Género 2022. Aproximación Multidisciplinar a la pandemia por COVID-19*, Madrid, Observatorio de Salud de las Mujeres, Ministerio de Sanidad.
- Sánchez Harguindey, Juan (1949), *Labor realizada por las Casas de la Madre*, Madrid, Delegación Nacional de Auxilio Social.
- Skowronski, G. A. (2015), “Pain relief in childbirth: changing historical and feminist perspectives”, *Anesthesia Intensive Care (History supplement)*, 43 (1), pp. 25-28, DOI: <https://doi.org/10.1177/0310057x150430s106>
- Staples, J. C. (1967), “The use of Haldol (Haloperidol) in obstetrics”, *Canadian Family Physician*, 13 (10), pp. 23-24.
- Stearns, John (1808), “Account of the Pulvis Parturiens, a remedy for quickening chidbirth”, *The Medical Repository of New York*, (5), pp. 308-309.
- Via, Ramona (1972), *Com neixen els catalans*, Barcelona, Club Editor.
- Vidal Puértolas, Adela (2005), *Ser comadrona: una manera de pensar*, Barcelona, Col·legi Oficial d’Infermeria de Barcelona.
- Wood, Whitney (2018), “‘Put right under’: Obstetric violence in post-war Canada”, *Social History of Medicine*, 31 (4), pp. 796-817. DOI: <https://doi.org/10.1093/shm/hky057>
- Zárate, A.; Manuel-Apolinar, L.; Hernández-Valencia, M. (2017), “Un tributo a Roberto Caldeyro-Barcia, considerado el pionero de la Perinatología”, *Perinatología y Reproducción Humana*, 3 (1), pp. 39-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2017.10.012>