

ESTIMADO LECTOR/A:

Gracias por descargar este artículo. El texto que está a punto de consultar es de acceso libre y gratuito gracias al trabajo y la colaboración desinteresada de un amplio colectivo de profesionales de nuestra disciplina.

Usted puede ayudarnos a incrementar la calidad y a mantener la libre difusión de los contenidos de esta revista a través de su afiliación a la asociación AIBR:

<http://www.aibr.org/antropologia/aibr/socios.php>

LA ASOCIACIÓN A AIBR LE PROPORCIONARÁ UNA SERIE DE **VENTAJAS Y PRIVILEGIOS**, ENTRE OTROS:

1. Recibir en su domicilio la revista impresa, en Europa y América (tres números anuales).
2. Derecho a voto en las asambleas de socios, así como a presentarse como candidato a la elección de su Junta Directiva.
3. Acceso al boletín de socios (tres números anuales), así como la información económica relativa a cuentas anuales de la asociación.
4. Beneficiarse de las reducciones de precio en congresos, cursos, libros y todos aquellos convenios a los que a nivel corporativo AIBR llegue con otras entidades (incluidos los congresos trianuales de la FAAEE).
5. Promoción gratuita, tanto a través de la revista electrónica como de la revista impresa, de aquellas publicaciones de las que sea autor y que estén registradas con ISBN. La difusión se realiza entre más de 6.900 antropólogos suscritos a la revista.
6. Cuenta de correo electrónico de la forma socio@aibr.org, para consultar a través de webmail o cualquier programa externo.
7. Promoción de los eventos que organice usted o su institución.
8. Opción a formar parte como miembro evaluador del consejo de la revista.

IMPORTE DE LA CUOTA ANUAL: ACTUALMENTE, LA CUOTA ANUAL ES DE **34 EUROS** PARA MIEMBROS INDIVIDUALES.

Su validez es de un año a partir del pago de la cuota. Por favor, revise la actualización de cuotas en nuestra web.

MEMBRESÍA INSTITUCIONAL Y DEPARTAMENTAL: Si usted representa a una institución o departamento universitario, compruebe cómo aprovechar al máximo la red de AIBR para su entidad: <http://entidades.aibr.org>

<http://www.aibr.org/antropologia/aibr/socios.php>



AIBR
Revista de Antropología
Iberoamericana
www.aibr.org
VOLUMEN 7
NÚMERO 2
MAYO - ABRIL 2012
Pp. 225 - 247

Madrid: Antropólogos
Iberoamericanos en Red.
ISSN: 1695-9752
E-ISSN: 1578-9705

LOS CONCEPTOS DEL PARTO NORMAL, NATURAL Y HUMANIZADO. EL CASO DEL ÁREA 1 DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA.

JOSÉ ARNAU SÁNCHEZ
M^a EMILIA MARTÍNEZ ROCHE
M^a DOLORES NICOLÁS VIGUERAS
ENCARNACIÓN BAS PEÑA
ROSARIO MORALES LÓPEZ
LUÍS ÁLVAREZ MUNÁRRIZ

UNIVERSIDAD
DE MURCIA
INSTITUTO DE SALUD
CARLOS III DE MADRID
(Proyecto exp. nº P107/1286)

RESUMEN:

El artículo pretende reflexionar sobre las representaciones simbólicas que los profesionales relacionados con el proceso reproductivo, pertenecientes a una determinada área de salud de la región de Murcia, poseen sobre los conceptos del parto normal, natural y humanizado. Existen organizaciones nacionales e internacionales que lo definen, sin embargo, no deja de existir polémica en cuanto a la forma de entender los conceptos; repercutiendo en las prácticas profesionales. Por consiguiente, desde un análisis cualitativo llevado a cabo a matronas y tocólogos/as, se pretende discutir las ambigüedades y conflictos existentes en lo que respecta al manejo de estos conceptos en el ámbito laboral.

PALABRAS CLAVE:

Parto Normal, parto natural, parto humanizado, representaciones simbólicas.

**THE DESCRIPTION OF NORMAL, NATURAL AND HUMANIZED CHILD BIRTH.
THE CASE OF THE REGION OF MURCIA (SPAIN)****SUMMARY:**

This article pretend to reflect on symbolic representations that health professionals related to reproductive process have about terms normal, natural and humanized delivery in a specific health area from Murcia Region. There exists national and international organizations that define those terms, however, there be controversy in the way of understanding these concepts among obstetricians and midwives This fact will have impact on their professional practices. Thus, to analyse these aspects, we made a study based on a qualitative analysis aimed at obstetricians and midwives in order to find out both ambiguities and doubts among three types of labour in the laboral field and their consequences.

KEY WORDS:

Natural labour, normal delivery, humanization childbirth, symbolic representations.

RECEPCIÓN: 26.07.2011

ACEPTACIÓN: 03.03.2012

Introducción

Desde finales del siglo XIX la ciencia biomédica ha ido elaborando modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que paulatinamente se han ido implantando en la atención sanitaria. Este contexto explica cómo el proceso del parto comienza a ser atendido en los hospitales cuyo perfil estructural estaba configurado por discursos médicos en los que se representa a la gestante como una mujer enferma que necesita de asistencia médica. Es la etapa en la que se inicia la medicalización del parto. Progresivamente se impone un dominio absoluto del proceso por parte del aparato médico con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo. El poder y la autoridad de los médicos legitiman con sus discursos esa práctica y subordinan la maternidad al modelo biomédico. De esta manera, la medicina construye el proceso reproductivo desde una perspectiva médica hegemónica patologizante. Impone una comprensión de la vida, la salud y la enfermedad así como la muerte basadas en causas exclusivamente biológicas, cognoscibles y manejables a través de los avances técnicos (Tsipy, 2010: 10; Le Bot, 2010: 15; Dosey, 2008: 218; Mansfield, 2008: 1085; Martínez Hernández, 2007: 16; Blázquez Rodríguez, 2005: 11; Beckett y Hoffman, 2005: 130; Lozano, 2001: 212).

Sin embargo en la década de los 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el nacimiento porque su medicalización no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas. Detalla una serie de recomendaciones a fin de evitar que ciertas prácticas, que no están justificadas, sean realizadas de una forma sistemática, es decir, a todas las mujeres, ya que entiende que suponen la medicalización de este proceso. Se indica que toda mujer como persona tiene derecho a una atención en el trabajo de parto adecuada y debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Siguiendo estas recomendaciones se empezó a considerar la posibilidad de aplicar una atención más integral y holística en la secuencia reproductiva. Se ve a la mujer gestante como persona y se tienen en cuenta factores familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales (Brusco, 1998: 18-19) y se valoran aspectos tales como el estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y autonomía durante el parto (Behruzzi et al, 2010: 2).

Fueron los ciudadanos/as quienes se fueron dando cuenta de los fallos y límites que tiene la medicalización del parto y en sus quejas y propuestas se apoyó la O.M.S. para revisar el modelo vigente y proponer una serie de recomendaciones encaminadas a perfeccionarlas. En este proceso de transformación hay que señalar también la importancia que tuvieron los movimientos sociales entre los que cabe destacar el movimiento social feminista que desde los presupuestos de una etnografía crítica contribuyó a cambiar la mentalidad no sólo de las parturientas y sus parejas sino también la de los profesionales de la salud y de los cuidados (Baumbusch, 2010: 185). Son también determinantes las leyes promulgadas por los Estados en los que se comienza a cuestionar los discursos del aparato médico, que durante años han patologizado los procesos reproductivos de la mujer y a plantear un nuevo modelo de atención perinatal que se aleja de las directrices del actual Modelo Médico Hegemónico (Walsh, 2010: 486; Brubaker y Dillaway, 2009: 469; Menéndez, 1990: 30). Son todas estas actuaciones factores clave en la creación y la toma conciencia de la necesidad de tener en cuenta la dimensión sociocultural, ya que es fundamental para comprender y además prestar una atención adecuada a la mujer en su parto. Su implementación nos acercaría a un proceso reproductivo más humanizado que requiere un cambio en las prácticas de atención sanitaria. Se pretende evitar el interaccionismo superfluo e iatrogénico, centrándose en las necesidades de respeto y la toma de decisiones de los padres en el momento del parto y en la atención del recién nacido, antes que en las rutinas y prácticas hospitalarias.

En el contexto de la humanización del parto, la praxis obstétrica llevada a cabo por los/as profesionales generalmente está condicionada por las representaciones simbólicas que éstos/as poseen respecto a los conceptos de parto normal, natural y humanizado. Estas representaciones se construyen a partir de las creencias, valores, actitudes, habilidades, hábitos, prácticas que se tiene sobre un aspecto determinado. Por otro lado, el proceso de socialización laboral durante la formación del equipo de salud va a determinar los valores, las normas y los conocimientos que éste adquirirá a lo largo de su formación profesional (Hughes, 1958: 57; Walker et alii, 2009: 469). Este aspecto no sólo afectará en la praxis sino también en las actitudes que las matronas y obstetras llevarán a cabo en el contexto laboral. Por consiguiente, es preciso adentrarnos en las representaciones culturales que estos colectivos poseen sobre el parto natural, normal y humanizado, con la finalidad de darle sentido a las prácticas profesionales así como a sus expectativas y discursos derivados del universo simbólico relacionado con estos conceptos.

Como en todos los procesos de transformación que se llevan a cabo en los centros hospitalarios y en los que interviene una amplia red de actores, persiste cierta ambivalencia en la medida que coexisten roles y prácticas antiguas con el modelo emergente (Singleton y Mike, 1993: 257). No hemos caído en el error de pensar que el modelo biomédico es falso y que se debe erradicar. Es evidente que contendrá aspectos positivos que se deben mantener. El reto consiste en complementarlos para perfeccionar la práctica asistencial que se le ofrece a la mujer en el proceso reproductivo. Y es que no comulgamos con la utopía de pensar que en la sociedad actual, a diferencia de la tradicional, se pueda implantar el parto domiciliario. Para afrontar este reto tomamos como centro de nuestra investigación los distintos niveles asistenciales que configuran el mapa sanitario de la Región de Murcia.

Actualmente se están implementando en la Comunidad de Murcia las propuestas formuladas en el año 2007 a través del documento lanzado por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la Estrategia de Atención al Parto Normal y, posteriormente, en el año 2010 con la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal; cuyos objetivos son “potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad.” (M.S.C., 2007: 23) y “contribuir a la transformación en el modelo de atención al parto en nuestro sistema sanitario de forma que se ofrezca una atención más eficaz, segura y personalizada”. (M.S.S.S.I., 2010: 38). La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los/as profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres actuales (Darra, 2009: 297).

Marco teórico

Para introducirnos en este complejo mundo hemos tomado como hilo conductor la categoría de cultura. En la potencialidad de este concepto nos hemos apoyado para progresar en el conocimiento de qué se entiende y cómo debe realizarse un parto más personalizado. Será el enfoque cultural el que nos indicará el modo de superar el tratamiento abstracto y deshumanizante que desean mantener los falsos intérpretes de la ciencia médica. Recientemente se han puesto de manifiesto las ambigüedades, insuficiencias y fallos de este modelo: el individuo tratado es percibido

como paciente pero ignorado como persona y además aislado de su entorno humano (Morin: 2011, 165; Mezzich, 2010: 702). Frente a este modelo proponemos contexto más humanizado: personas que se relacionan y tratan con personas.

La persona se constituye como tal con la posesión y el ejercicio de la cultura. La posesión de Cultura es una característica común a todos los hombres pero a la que los miembros de cada grupo social le han dado su versión particular y han concretado de manera diferente todas sus potencialidades dentro de un medio socio-ecológico concreto. A pesar de ser una categoría clave el término cultura se usa en muchos sentidos. En esta investigación entendemos la cultura en sentido individual. Desde esta perspectiva refiere al conjunto de creencias, valores y normas que conforman la mente de las personas. La persona es un sistema dinámico y complejo cuyo núcleo es la conciencia. Pero la conciencia no funciona en el vacío sino que tiene como soporte el conjunto de rasgos y estructuras intencionales por medio de los cuales designa y otorga significado a la realidad. Desde esta perspectiva la conciencia es contacto social con uno mismo, y ese contacto se realiza a través de símbolos que están siendo constantemente redefinidos por la persona a través de la experiencia social y las informaciones que recibe del medio. Se crea y recrea constantemente dentro de la interacción continua y dinámica entre los colectivos y personas y se puede entender como el producto de todas las acciones y comportamientos de los individuos pertenecientes al grupo (Geertz, 1973: 15; Goodenough, 2003: 6; Paris, 2012: 29).

En las sociedades desarrolladas la cultura se concreta en campos específicos de acción diferenciados de otros campos tanto por la lógica que los articula como por los recursos que se ponen en juego dentro de cada uno de ellos. Supuesto que la cultura es producción de significados y éstos son producidos en un marco de relaciones sociales determinadas, los grupos y las instituciones sociales luchan por imponer sus sistemas de creencias, valores y significados dentro del orden social. Por ello en este modelo centrado en la persona no olvidamos que los individuos, ya sea de manera individual como colectiva, siempre luchan por legitimar e imponer sus ideas y valores en las organizaciones e instituciones de las que forman parte. La acción cultural es siempre una lucha por la imposición o la conquista de legitimidad.

Estado de la cuestión

En el tema que aquí abordamos han sido determinantes diversas institu-

ciones, asociaciones y organizaciones científicas puesto que han pugnado por implantar y legitimar una nueva cultura de lo que se debe entender como Parto Normal (García Zeferino et alii, 2010: 154). Veamos las más relevantes:

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) y el Ministerio de Sanidad y Consumo (M.S.C.), definen el Parto Normal, como aquel que cursa con “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (O.M.S., 1996: 6; M.S.S.S.I., 2010: 37).

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (F.A.M.E.) contempla el Parto Normal como “el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológico y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (F.A.M.E., 2007: 12).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia califica el Parto Normal como “el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica” (S.E.G.O., 2007)

Respecto al término Humanización del parto, se contempla por primera vez en Ceará (Brasil) en el año 2000, recogido en el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento, el cual fue instituido por el Ministerio de Salud de Brasil a través de la Portaria /GM n. 569, del 1/6/2000, con base en los análisis de las necesidades de atención específica a la gestante, al recién nacido y a la madre en el periodo posparto. El objetivo primordial del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN) es asegurar la mejora del acceso, de la cobertura y de la calidad del acompañamiento prenatal, de la asistencia al parto y puerperio a las gestantes y al recién nacido, en la perspectiva de los derechos de la ciudadanía. En la Declaración de Ceará en torno a la Humanización se pone de manifiesto la trascendental importancia de esta nueva visión del parto: “El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia

humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras”.

La humanización comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero, respecto a la convicción que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad la mujer, sus familiares y el recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos. Además dignificaría a la mujer pues tendría en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir que contribuiría a aumentar su grado de satisfacción (Iglesias Casás et alii, 2009: 6; Lais y Giberti, 2006: 10).

En lo que se refiere al parto natural, no existe organización internacional que lo defina. Para adentrarnos y estudiar el concepto en el posterior análisis de contenido, tomamos como referencia el establecido según “la Asociación el Parto es Nuestro”, la cual contempla que “Un parto natural es ante todo un parto aquel que *se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer*. En el que **no se realizan intervenciones innecesarias ni se aplican protocolos rutinarios** por sistema. De lo que se trata es de llevar a la práctica el avance de la ciencia, los últimos descubrimientos científicos, la medicina basada en la evidencia y ofrecer a la madre la máxima seguridad y el respeto por su cuerpo y el del bebé”. Siguiendo esta línea de pensamiento se concibe como un proceso normal en el que los procedimientos obstétricos se aplican únicamente en caso de necesidad. “Es lo opuesto al parto medicalizado, atendido por la obstetricia convencional, en el cual la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento y generando riesgos innecesarios para la madre” (Blázquez, 2009: 251).

También la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia hace referencia al parto natural mediante la creación del concepto de “parto no intervenido”, definiéndolo como el “trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del

mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno –fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería)” (SEGO, 2007).

En estos supuestos teóricos nos apoyamos para conocer las representaciones culturales que los/as profesionales sanitarios relacionados con el proceso reproductivo de la mujer poseen respecto a los conceptos de parto normal, natural y humanizado. La institución sanitaria y sus profesionales son los principales actores que socializan en los comportamientos esperados durante este proceso, tanto de la mujer gestante, parturienta y madre, como del hombre, de la relación entre ambos, y siempre en relación con el sexo de la criatura aún por nacer. Es indiscutible que son uno de los principales agentes de socialización ya que a través de ellos se transmiten ideas, valores, actitudes, etc. que construyen el imaginario social de quienes los usan pero que también se propagan entre los que no los usan. En estas ideas nos basamos para plantearnos las siguientes cuestiones:

¿Utilizan los/las profesionales sanitarios el léxico adecuado para referirse al parto normal y parto humanizado en el contexto laboral?

¿Es el parto normal sinónimo de parto natural y humanizado? ¿Qué visión y que valoración hacen los/las profesionales sanitarios relacionados con el proceso reproductivo sobre los conceptos de parto normal y parto humanizado? ¿En qué medida influyen esas ideas en sus prácticas profesionales o en la atención de la secuencia reproductiva?

Objetivos

Analizar las representaciones simbólicas que los/as profesionales relacionados con el proceso poseen sobre las categorías analíticas del parto normal, natural y humanizado, así como la influencia de estas concepciones sobre su práctica profesional

Material y Métodos

Los objetivos aquí propuestos se caracterizan por su complejidad. Estudiar cómo las personas introyectan, reconstruyen y ejercen sus representaciones culturales en los entornos en los que desarrollan su labor profesional, es tarea no exenta de dificultad. Pero merece la pena porque su conocimiento nos ayudará a diseñar alternativas que mejoren la práctica del parto. Y es además viable si se usa una metodología consistente

y coherente. Una realidad compleja será más fácilmente comprensible si la reconstruimos desde un esquema teórico previamente aceptado (Lévi-Strauss, 1964: 61). De ahí que para la consecución de los objetivos propuestos pensamos que el procedimiento básico debe consistir en el empleo de un modelo basado en el concepto de cultura que hemos propuesto.

Fijado el modelo iniciamos esta investigación usando el método etnográfico en sentido amplio (Scamel y Alaszewski, 2012: 185). Nuestro primer paso consistió en alcanzar un conocimiento tanto de la estructura burocrática hospitalaria así como de su organización asistencial. Este conocimiento se consiguió a través de conversaciones informales con profesionales y usuarios/as. Esta forma de observación participante nos proporcionó un saber connatural sobre su cultura hospitalaria. Y en este saber nos apoyamos para la configuración de Grupos de Discusión y realización de Entrevistas. Creamos Grupos de Discusión porque esta técnica extragrupal, macrosociológica y pragmática es una estrategia imprescindible en todos aquellos casos en los que se necesita captar con mucha riqueza descriptiva un proceso, institución o grupo del sistema social (Ibáñez, 1979: 263; Ortí, 2000: 153; San Román, 2002: 426; Castro Nogueira et alii, 2006: 485). Además hemos complementado esta técnica con Entrevistas etnográficas en profundidad enfocadas a la búsqueda de información y producción de datos cualitativos en un encuentro cara a cara de dos personas (Sanmartín, 2003: 9; Maurel, 2009: 58). Estas dos técnicas se han realizado a profesionales pertenecientes a la categoría de médicos/as y matronas que pertenecen a las unidades de estudio con la finalidad de alcanzar datos que fueran tanto significativos como representativos.

Este trabajo inicial nos permite la descripción e interpretación de las representaciones simbólicas de los/as profesionales, pero estos datos en sí mismos apenas dicen gran cosa. Es necesario cribarlos con el cedazo de la comparación. No nos quedamos en la mera descripción sino que también nos servimos del método comparativo. El aprovechamiento de los resultados en la comparación se puede hacer de dos formas: una controlada a partir de un modelo teórico explícito y otra de manera espontánea que depende de la imaginación y de las lecturas del observador, el modelo implícito. Y el fin típico de un estudio comparativo es revelar las diferentes condiciones causales conectadas con los diferentes resultados, es decir, los patrones causales que separan las cosas en diferentes subgrupos. Pues bien, hemos partido de un modelo explícito y la estrategia que hemos usado para implementarlo y poder alcanzar los objetivos presentados, ha sido el estudio de caso. Es una estrategia bastante común en el campo de

las ciencias sociales el uso de esta estrategia con fines comparativos (Ragin, 1994: 182; Caïs, 1997: 23; Hiernaux, 2008: 130). En nuestra investigación realizamos una comparativa de casos para alcanzar generalizaciones. Intentamos aproximarnos al rigor experimental mediante la identificación de efectos comparables de un fenómeno, y el análisis de las similitudes y las diferencias. Es una estrategia tan fértil que la (casi) mayoría de los antropólogos se inclinan por la comparación cualitativa, es decir, por la denominada estudio de casos en profundidad. “La ambición del antropólogo es descubrir el universo en un átomo. Dentro de cada hombre, se esconde el hombre, dentro de cada grupo humano, el grupo humano, dentro de cada ciudad, la ciudad” (Fernández de Rota, 2001: 26).

En nuestro estudio de caso hemos tomado como unidad de análisis el Área I de Salud de la Región de Murcia. El mapa sanitario de la Región de Murcia está constituido por nueve Áreas de Salud, de todas ellas, seleccionamos el Área I para llevar a cabo la investigación. Esta tiene como referencia el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, el cual tiene asignadas 29 zonas Básicas de Salud que reciben atención obstétrica de dicha institución. Relacionado con estas zonas, nos centramos en dos Centros de Salud, uno de ellos correspondiente al área urbana (C.S. Vistabella) y el otro a la periferia (C.S. Puente Tocinos). Respecto al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca se seleccionaron a los/as profesionales que perteneciesen a las siguientes unidades de estudio: Unidad de Urgencias y Partorio, conformada por la Puerta de Urgencias, Salas de Dilatación, Salas de Partorio y Sala de Recuperación de Madres. Así mismo, se escogió la Unidad de Medicina Materno Fetal que incluye las siguientes unidades: Unidad de Día Obstétrica, Área de Medicina Fetal y Unidad de Gestantes. Y finalmente la Unidad de Neonatología. En este ámbito se crearon dos Grupos de Discusión; uno de ellos configurados por médicos/as y el otro por matronas que prestan asistencia a la mujer en el proceso reproductivo perteneciente al Área I de Salud de la Región de Murcia, Servicio Murciano de Salud.

El Grupo de Discusión médicos/as fue constituido por los siguientes profesionales:

- Dos obstetras de la Unidad Medicina Materno- Fetal del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Dos obstetras de la Unidad de Urgencias y Partorio del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

- Dos neonatólogos de la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Dos Médicas de Familia correspondientes a dos Centros de Salud pertenecientes a dos Zonas Básicas del Área I de Atención Primaria de Salud de Murcia. Los centros seleccionados correspondieron al de la Zona Básica de Vistabella (área urbana) y de la Zona Básica de Puente Tocinos (área rural).
- El Grupo de Discusión de matronas fue conformado de la siguiente manera:
- Cuatro matronas de Atención Especializada pertenecientes a la Unidad de Urgencias y Paritorio del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
- Dos matronas del Área I de Atención Primaria que desempeñan su trabajo en el área rural y urbana.

Para perfeccionar y asegurar la consistencia de los conocimientos alcanzados a través de los dos Grupos de Discusión realizamos 5 entrevistas a profesionales que ejercen su actividad laboral en el ámbito de nuestro estudio. Y para mantener la coherencia se realizaron 18 entrevistas a púérperas y 10 a parejas que colaboraron en el estudio.

Resultados y Discusión

1. Representaciones culturales de las matronas

En el análisis de contenido del colectivo de las matronas se pudo observar que los conceptos sobre las definiciones de parto no son usados como una distinción relevante:

“Lo cierto es que para mí la diferencia entre estos conceptos no llegan a ser muy claros, por ejemplo, lo que yo entiendo un parto normal es que la mujer dé a luz cuando le toca, es decir, se pone de parto y se hace sin provocárselo, sin que haya actuación para acelerarle el parto” (Matrona 7/Unidad Urgencias y Paritorio - Entrevista).

“son conceptos que habitualmente se confunden entre los profesio-

nales, los conceptos de parto normal, natural y humanizado, son tres conceptos distintos, hasta tal punto que cuando hablamos de uno la actitud del profesional condiciona la actitud que debe tener ante un parto u otro, a la hora de entender que es un parto humanizado o natural, (...) es totalmente distinto un parto normal de uno humanizado, un parto normal no existe desviación a la patología y sigue un proceso fisiológico, la diferencia de un parto natural está en la medida en que satisfaces las expectativas de la mujer en la medida de lo posible, podrías acercarte al concepto de parto humanizado o parto natural (...)” (Matrona 8/Unidad Urgencias y Paritorio - Entrevista).

Tras el relato de las/os informantes se evidencia que existe una confusión en algunos profesionales en el empleo de los conceptos sobre el parto normal y parto natural. Para algunas/os de las participantes, estos términos tienen la misma representación conceptual basada en el no intervencionismo del proceso, ajustándose a las definiciones de los organismos anteriormente mencionados. Por otro lado, algunas de nuestras informantes relacionan el parto natural con la dimensión humana de atención asistencial del parto, tal como señala la FAME, SEGO. Sin embargo, existen diferentes maneras de representar el parto normal en tanto que no tiene porqué ser independiente del intervencionismo obstétrico, siendo compatible con el uso de la intervención de los/las profesionales:

“No hay parto normal versus epidural, es que tú puedes tener un parto normal sin instrumentalizar, sin estimular, sin inducir y sin dolor, con la epidural (...) es que yo creo que puede ser normal (...)” (Matrona 5/Unidad Urgencias y Paritorio - Grupo de Discusión).

“(...) para mí el uso de la oxitocina sigue siendo un parto normal porque no la considero que eso se lo vaya a provocar o que se esté yendo contra la naturaleza (...), ésto es lo que es para mí un parto normal (...)” (Matrona 7/Unidad Urgencias y Paritorio - Entrevista).

Desde la perspectiva de las matronas, las representaciones que hacen sobre el parto normal incluyen el intervencionismo, alejándose de las definiciones que establecen los organismos e instituciones anteriormente mencionados. Esta concepción del parto normal podría estar basada en la concepción naturalizada del proceso como medicalizada e intervencionista (Dutra y Meller, 2007: 219). Por consiguiente, el universo simbólico que los/as profesionales poseen con respecto a estos dos conceptos es

variado y la confusión en los términos es evidente, este hecho desencadena que el léxico utilizado por el colectivo para referirse a uno u otro sea arbitrario.

En lo que concierne al parto humanizado, los/as informantes poseen unanimidad en la representación ideológica del concepto, para todos ellos/as la humanización va íntimamente vinculada a la satisfacción de la mujer en su esfera espiritual, psicológica y social, tal como se define el concepto de humanización:

“Un parto humanizado es un concepto que trasciende cualitativamente, en tanto que se consideran variables que individualizan a esa persona atendiendo las cualidades concretas de esa persona que tienes delante, es humanizar el parto, sean cuales sean las expectativas de esa persona (...)” (Matrona 8/Unidad Urgencias y Paritorio - Entrevista)

“(...). Con respecto al parto humanizado yo veo que la persona se encuentre cómoda, lo más a gusto posible (...) que el ambiente que le rodea le transmita tranquilidad, que la persona esté feliz, que no vea el parto con miedo, que se trate a la persona como una persona, que no la tratemos como un número...tú eres el parto tal, eso es lo que entiendo por un parto humanizado” (Matrona 7/Unidad Urgencias y Paritorio – Entrevista).

Para las participantes, un parto humanizado no es incompatible con la instrumentalización e intervención del mismo, dado que el concepto de humanización va más allá de la consideración del parto como un proceso tan sólo biológico y orgánico aislado sino que contempla la esfera humana, teniendo en cuenta todo aquello que le pueda satisfacer a la mujer para que su experiencia sea gratificante y positiva. Constituye un proceso que respeta la individualidad de la mujer, permitiendo un ajuste de la asistencia a su cultura, creencias, valores y expectativas:

“Para mí, parto natural y humanizado no es lo mismo, y se puede tener (...) muchas patologías, goteros, y todo un parto humanizado, la mujer puede sentirse a gusto contigo, segura contigo y disfrutar de la llegada de su hijo (...) que en el parto se hagan ventosas, cesáreas, fórceps, no quiere decir que no sean partos humanizados” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

Por otro lado, resaltan claramente la diferencia que existe entre un parto no instrumentalizado de aquel que pese a ser instrumentalizado carece de matices que le otorgan el carácter de humanizado, dando lugar a una visualización holística de la mujer donde se considera el apoyo emocional, psicológico; aspectos que configuran la humanización del proceso y transforman las vivencias, experiencias y sensaciones de la mujer. Visión que también comparten los estudios cualitativos llevados a cabo por Behruzzi et al (2010) sobre los factores que facilitan y dificultan la práctica de la humanización del parto en Japón, llegando a la conclusión que las representaciones que las matronas tienen acerca de este concepto no es percibido como una limitación en el uso de la intervención médica, sino más bien centrado en todos aquellos aspectos que proporcionen un buen estado físico y psicológico para la mujer. En esta misma línea de pensamiento se pone especial énfasis en que la tecnología puede estar dotada de humanidad por su usuario, quien en definitiva, es el que determina cómo relacionarse con el instrumento y con el paciente. Por lo tanto, la tecnología puede ser en sí misma un factor humanizante (Arredondo y Siles, 2009). Por el contrario, existen autores que señalan que la visión de las matronas con respecto a las connotaciones humanas de la práctica obstétrica debe alejarse de la medicalización para conseguir la humanización (De Castro y Clapis, 2005: 964).

2. Representaciones culturales de los médicos/as

En este estudio de caso el otro término de la comparación está conformado por los/as médicos/as que atienden los partos. Son conscientes de la importancia de tener el conocimiento exacto sobre los conceptos de parto natural, normal y humanizado que ya se está introduciendo en el campo de la medicina. No desconocen que esas representaciones simbólicas influirán en las percepciones, expectativas, incluso en las necesidades que el equipo médico tiene sobre el fenómeno de la humanización del proceso reproductivo.

Los/as médicos/as parten de la idea de error de concepto, según ponen de manifiesto los siguientes testigos:

“yo quiero decir que hay un error en la exposición de parto normal porque se presenta a confusión (...), pero resulta que a lo mejor tendría más sentido parto natural más que normal, porque también se incluyen temas como la cesárea que no es un parto normal. Yo pienso que tanto las médicos como los pediatras entendemos el parto normal

como aquel que sigue su curso y desarrollo normal y que no requiere de ninguna instrumentalización. Pero esto es más amplio, porque sería medicalización o no medicalización (...) del parto normal. Es que esto sería una confusión para la hora en la que decimos que entendemos por parto normal. (...) el parto normal es aquel que va siguiendo su ritmo normal y sus pasos habituales y que se va abocar por vía vaginal sin ningún apoyo especial, eso es lo que yo entiendo por parto normal, por lo menos cuando hablo de parto normal (...)” (Neonatólogo 2/Unidad de Neonatología - Grupo de Discusión).

“(...) el Parto normal evoluciona espontáneamente y da a luz un crío sano y sin intervención de nadie (...)” (Obstetra 7/Unidad de Medicina Materno Fetal - Entrevista).

Estas representaciones respecto al parto normal responden a las definiciones que plantean las organizaciones anteriormente mencionadas, especialmente, la relativa a la Federación de Asociaciones de Matronas de España, la cual especifica que no requiere intervención alguna. El resto de organizaciones no hacen mención al intervencionismo, tan sólo se centra en las condiciones íntegras del recién nacido y la vía utilizada para la expulsión del feto. Sin embargo, ninguna organización menciona la naturaleza de la intervención, es decir, no refleja si la medicalización es considerada o no intervencionismo del proceso. Esta situación poco explícita condiciona a que los/as médicos/as se posicionen en cuanto a la forma de entender el concepto. Por tanto, desde sus representaciones ideológicas sobre el parto normal, éstos lo consideran como un proceso que está exento de intervención obstétrica pero puede ser medicalizado para asegurar su curso natural. Por consiguiente, para ellos existe un error de concepto en tanto que debería ser denominado parto natural. En este sentido, nuestros resultados muestran similitudes con respecto al trabajo planteado por Dutra y Meller (2007) cuyos participantes ponían de manifiesto que el parto normal no admite ninguna intervención. Por esta razón aparece la sinonimia entre ambos términos en la medida que no existen matices específicos que distingan uno de otro. En la misma línea y con respecto a los errores de concepto del parto normal, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad señala que “definir el parto normal comporta alguna dificultad, ya que el concepto de normalidad en el parto y el nacimiento no está estandarizado” (M.S.S.S.I, 2010: 37). Esto justifica el uso polisémico del término por el equipo obstétrico para referirse a una modalidad u otra, así como las representaciones que ellos tienen

sobre los mismos conceptos.

En lo que respecta al parto humanizado, algunos de los informantes poseen un desconocimiento sobre el concepto:

“Yo creo que el principio es qué entendemos por parto humanizado, porque yo por un curso que he hecho y por cosas que he leído, hay varias concepciones, desde el parto domiciliario, en fin.....” (Obstetra 3/Unidad Urgencias y Paritorio - Grupo de Discusión).

Por otro lado, existen participantes que conocen y diferencian el concepto de parto humanizado:

“El embarazo y el parto son procesos naturales que no hay que intervenir si no hay ningún problema, entonces el parto humanizado es crear un ambiente en torno a la mujer que haga que ese momento lo viva de una forma humana o sea, no lo viva medicalizado (...) y donde sólo la intervención sea proporcional a las necesidades que se vayan produciendo (...)” (Obstetra 7/Unidad de Medicina Materno Fetal - Entrevista).

Con respecto a la humanización, los/as obstetras se basan el concepto de humanidad, pero dejando claro que el intervencionismo podría estar presente si fuese necesario. Sin embargo, no mencionan aquellos aspectos que realmente aportan el halo de humanización al nacimiento; como el ofrecer a la mujer que tome sus propias decisiones sobre su proceso (Behruzzi, 2010) y cubrir sus necesidades, fomentando el protagonismo del mismo:

“(...). Tenemos que tener en cuenta que la mujer tiene que participar, que es protagonista, que tenemos que preservar su intimidad y crear un ambiente ideal y dejar un poco, desde mi punto de vista, las intervenciones y ver que hay otras opciones”. (Médica de Familia 8/ Atención Primaria – Grupo de Discusión).

Estos relatos ponen de manifiesto la emergencia de la ideología en la que están basados los principios del modelo médico hegemónico y sobre los que se asienta el colectivo médico, caracterizado por ser biologicista, ahistórico, individualista y focalizado en la enfermedad (Dossey, 2006: 12; Menéndez, 1990), representando el proceso reproductivo como acto que debe ser tratado con el uso de la tecnología y con el intervencionismo.

Esta forma de entender el nacimiento está fuertemente influenciada por la formación académica pregrado y postgrado basada en el pensamiento médico hegemónico. Esta hegemonía es conceptualizada como “concepciones culturales, asunciones, imágenes y valores” (Beckett y Hoffman, 2005: 139), por tanto, los/as médicos/as representan este fenómeno como un proceso patológico que hay que tratar; repercutiendo tanto en las expectativas como en las prácticas profesionales para el abordaje de la secuencia reproductiva, la cual será intervencionista y donde las connotaciones humanas no son relevantes.

La confusión o desconocimiento de estos conceptos, así como las asunciones y valores adquiridos como profesionales médicos influyen a la perpetuación de los esquemas cognitivos de los mismos y, por tanto, a que las prácticas permanezcan estructuradas. En esta línea de pensamiento, el equipo médico cuestiona otro tipo de atención más humanizada en base a sacrificar las garantías de salud que ofrece Modelo Médico Ortodoxo y, concretamente en el hospital donde la medicina ejerce su poder y “triunfa la tecnología, ofreciendo y garantizando seguridad al nacimiento, constatándose la medicina como progreso” (Beckett y Hoffman, 2005: 151), tal como relata el siguiente testimonio:

“(…) hasta qué punto podemos renunciar a las estructuras actuales de seguridad del parto que ofrece la medicina actual en base a recuperar cierta atención humanizada renunciando a la seguridad que te ofrece el hospital” (Obstetra 4/Unidad Urgencias y Paritorio - Grupo de Discusión).

Sin embargo, existen obstetras que se aproximan al concepto de la humanización del parto pero sin ajustarse a las definiciones anteriormente expuestas:

“(…) la humanización también es una cesárea. Es decir, que hay varios aspectos, por un lado está la humanización y por otro la medicalización” (Neonatólogo 1/Unidad de Neonatología- Grupo de Discusión).

A tenor del discurso, parece existir incompatibilidad entre humanización y medicalización. Sin embargo, la humanización del proceso reproductivo es perfectamente compatible con la instrumentalización e intervencionismo del mismo independientemente de que el parto sea normal o anormal. Contrariamente para otros/as el binomio es incompatible:

“Hay tendencias a favor de la humanización del parto fisiológico porque la tecnología pues lo deshumaniza” (Obstetra 3/Unidad Urgencias y Paritorio- Grupo de Discusión).

Otro de los aspectos a considerar en el estudio son las fricciones entre matronas y obstetras en la delimitación de los espacios simbólicos de poder donde queda circunscrito el campo de actuación de cada uno de ellos/as. Los límites son bastante confusos al no existir claridad en las representaciones ideológicas sobre los conceptos de parto normal, natural y humanizado en ambos estamentos. Esta circunstancia puede ser considerada como intromisión, originando conflictos interprofesionales, tal como apuntan los siguientes testimonios:

“(…), sabemos cuando el parto es nuestro y cuando no, lo sabemos o lo sospechamos; entonces, si el parto es de un ginecólogo, pues... a veces no te puedes complicar la vida, porque está por encima de ti; o sea, su palabra está por encima de la tuya. Y una de dos: o te enfrentas, y sabes que no vas a ningún sitio – a veces te enfrentas – o te adaptas e intentas, con un poco de mano izquierda, que todo el mundo esté contento y que todo salga bien, y ya está. Porque para ellos, excepto 4 ó 5 personas muy contadas, el parto humanizado y el parto normal son tontadas” (Matrona 10/Unidad Urgencias y Paritorio - Entrevista).

“Yo creo que el equipo de sanitarios debe trabajar mucho, estar cohesionados y con las ideas claras” (Matrona 6/Atención Primaria- Grupo de Discusión).

“(…) la impresión que me da es que cada uno tiene su punto de vista sobre las cosas. Somos como dos líneas paralelas que no se cruzan y donde en el centro se encuentra la mujer. Así que en este hospital lo del trabajo en equipo simplemente no existe” (Obstetra/Unidad de Día Obstétrica- Diario de Campo).

Conclusiones

El estudio de caso desarrollado nos muestra que para todos los/as agentes de salud que formaron parte de nuestro estudio existe confusión en lo relativo al parto natural; tanto las matronas y los/as médicos/as lo conceptualizan indistintamente ubicándolo en la categoría de parto normal.

Por consiguiente, el concepto de parto natural adquiere la categoría de término polisémico dado que también es válido para referirse al parto normal, situación provocada por la falta de precisión en su definición por los organismos e instituciones. Sin embargo, en lo que respecta al parto normal existen puntos de encuentro en ambos colectivos dado que lo representan como un proceso que admite medicalización, pero no instrumentalización o uso de aparatología, y cuya finalización debe ser por vía vaginal. La claridad del concepto obedece a que todos los organismos e instituciones mantienen una posición clara y definida en relación a éste.

El punto más significativo de desencuentro entre los/as participantes se centra en el concepto de humanización del parto. Respecto a las matronas, la totalidad del colectivo puso de manifiesto que el parto puede ser humanizado indistintamente sea normal o anormal, intervenido o abordado tecnológicamente. Desde esta perspectiva, se puede entender un parto intervenido que además reúna todos aquellos aspectos holísticos de la persona considerando el respeto a la intimidad, toma de decisiones, acompañamiento e información. Por consiguiente, el factor humanizante del proceso del parto no depende del uso de la tecnología en sí misma sino a lo que se entiende por atención humana, natural y digna. Entendemos, por tanto, que se tiene una posición clara y precisa sobre el concepto de humanización en el desarrollo de su práctica profesional. Sobre este aspecto hay que resaltar la importancia de los valores adquiridos por la matrona durante la formación académica y práctica, tales como el altruismo, la igualdad, la dignidad humana. Todos ellos de suma importancia para atender las necesidades y expectativas de la mujer, impregnando de humanización sus prácticas profesionales en la atención del proceso reproductivo.

Por otro lado, a tenor de los resultados, el equipo médico posee una confusión manifiesta sobre el concepto de humanización, en tanto que para algunos el intervencionismo deshumaniza el proceso mientras que para otros la intervención es compatible con la humanización. Esta divergencia en las posturas sobre el entendimiento del término puede ser debido a que reciben una formación tecnocrática basada en una ideología técnico-científica y centrada en la fragmentación del individuo, aspecto que les conducen a tener dificultades en la visualización holística de la mujer en la atención asistencial de la secuencia reproductiva. Esta circunstancia genera conflictos interprofesionales, especialmente en la Unidad de Urgencias y Paritorio.

En esta investigación se ha demostrado la importancia de conocer las representaciones ideológicas que el equipo de salud relacionado con

la atención perinatal posee sobre estos conceptos, dado que de esta manera se llega a entender las prácticas profesionales que llevan a cabo en el contexto laboral. En este caso, tanto matronas como obstetras son conscientes que poseen un conjunto de habilidades y destrezas que orientan su praxis profesional. Por tanto, para que ésta cambie es necesario que se modifiquen o se ajusten las estructuras cognitivas de los universos simbólicos relacionados con los conceptos Humanización, Naturalidad y Normalidad del proceso reproductivo. De este modo, se altera la práctica profesional estructurada en la atención obstétrica dado que los agentes sociales son los que producen, mantienen y alteran cualquier grado de sistematicidad que pueda existir en la sociedad. Para conseguir este objetivo es preciso que los/as agentes de salud posean un perfecto conocimiento sobre las definiciones de análisis; y para ello, los organismos e instituciones relacionadas con la salud deben posicionarse claramente, definiendo con claridad aquellos conceptos que se prestan a la ambigüedad.

Bibliografía

- Arredondo, C.P., y Siles, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index Enfermería*, 18(1): 32-36.
- Baumbusch, J. L. (2010): “Conducting critical ethnography in long-term residential care: experiences of a novice researcher in the field”. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1): 184-192.
- Beckett, K. y Hoffman B. (2005). Challenging medicine: Law, resistance, and the cultural politics of childbirth. *Law and Society Review*, 39(1): 125-170.
- Behruzzi, R, et alii (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 25. En <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>. Accedido: 04-04-2011.
- Blázquez Rodríguez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. Ed. Electrónica (Julio y Agosto), 42. En <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/623/62304208.pdf>. Accedido: 03-03- 2010.
- Blázquez Rodríguez, M. (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: Universidad Rovira i Virgili.
- Brubaker, S. J. y Dillaway, H. E. (2009). Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociology Compass*, 3(1): 31- 48.
- Brusco, A. (1998). *Humanización de la asistencia al enfermo*. Santander: Sal Terrae.
- Caïs, J. (1997). *Metodología del análisis comparativo*. Madrid: CIS.
- Castro Nogueira, L. et alii (2006). *Metodología de las ciencias sociales*. Madrid: Tecnos.

- Darra, S. (2009): «Normal», «natural», «good» or «good-enough» birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4): 297-305.
- De Castro, J. y Clapis, M.J. (2005). Humanized birth according to obstetric nurses involved in birth care. *Revista Latino- Americana Enfermagem*. 13(6): 960-967.
- Dosey, L. (2008). *Tiempo, espacio y medicina*. Barcelona: Kairós.
- Dutra, I.L. y Meyer D.E. (2007). Parto Natural, Normal E Humanizado: termos polissêmicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2): 215-222.
- FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España (2007). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación Asociaciones de Matronas.
- Fernández de Rota y Monter, J. A. (2001): Método interpretativo, tiempo e historia. En *Estructura y cambio social*. Durán, M. A, et alii (Eds.), Madrid: CIS.
- Goodenough, W. (2003). In pursuit of cultura. *Annual Reviews Anthropology*, 32: 1-12.
- Hiernaux, J-P. (2008). Análisis estructural de contenidos y modelos culturales. En Suárez, H. J. (2008): *El sentido y el método. Sociología de la cultura y análisis de contenido*, México, UNAM.
- Hughes, E.C. (1958). *Men and their work*. New York: Free Press.
- Ibáñez J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Iglesias Casas, S. et alii (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Profesión*, 10(2): 5-11.
- Lais, J. y Giberti, E. (2006). *Caminos hacia una maternidad diferente: un estudio sobre el parto vertical*. Ebrary, Inc. Recurso electrónico.
- Le Bot, J-M. (2010). *Lien social et la personne: Pour une sociologie clinique*. Rennes: PU Rennes.
- Lévi-Strauss, C. (1964). Critères scientifiques dans les disciplines sociales et humaines. *Revue Internationale de Sciences Sociales*, XVI(4): 579-597.
- Lisón Tolosana, C. (2010). *Antropología integral*. Madrid: Fundación Areces.
- Lozano Estivales, M. (2001). *La construcción del imaginario de la maternidad en occidente*. Tesis Doctoral. Valencia. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Mansfield, B (2008). The social nature of natural childbirth. *Social Science and Medicine*, 66(5): 1084-1094.
- Martínez Hernández, A. (2007). Cultura, enfermedad y conocimiento médico. En *Introducción a la Antropología de la salud*. Estebán, M. L. (Ed.), Bilbao: Osalde.
- Maurel, M. (2009): The explicitation interview: examples and applications. *Journal of Consciousness Studies*, 16(10-12): 58-89.
- Menéndez, E. (1990). *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. Ciesas México: Cuadernos de la casa chata.
- Mezzich, J. E. et alii (2010). Person-centred integrative diagnosis: conceptual bases and structural model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(11): 701-708.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Madrid:

- Ministerio.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Madrid: Ministerio.
- Morin, E. (2011). *La voie. Pour l'avenir de l'humanité*. Paris: Fayard.
- Organización Mundial de la Salud
- (1986): “Having a baby in Europe, report on a study” *Public Health Rev.* 14(3-4): 255-386.
- (1996). *Cuidados en el Parto Normal*. Ginebra: Departamento de investigación y salud reproductiva.
- Ortí, A. (2000). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. García Ferrando, M. et alii (Eds.), Madrid: Alianza.
- Paris, C. (2012). *Ética radical. Los abismos de la civilización actual*, Madrid: Tecnos.
- Portaria GM/n.569, del 1/6/2000. Programa de Humanización en el prenatal y nacimiento. Brasil: Ministerio de Salud de Brasil. En <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decs-server/>. Accedido: 03-06-2010.
- Ragin, C. C. (1994). *La construcción de la investigación social*. Madrid: Sage.
- Sanmartín, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel.
- San Román, T. (2002): Un camino para ganar conocimiento. En *Abriendo surcos en la tierra*. Belaterra: UAB.
- Scamell, M. y Alaszewski, A. (2012) “Fateful moments and the categorisation of risk: Midwifery practice and the ever-narrowing window of normality during childbirth”. *Health, Risk and Society*, 14(2): 207-221.
- Singleton, V. y Mike, M. (1993): “Actor-Networks and Ambivalence: General Practitioners in the UK Cervical Screening Programme”. *Social Studies of Science*, 23(2): 227-264.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: SEGO; 2007. En <http://www.sego.es>. Accedido el 8 de Junio de 2010.
- Tsipy, I. (2010). *Studies in Medical Anthropology: Embodying Culture: Pregnancy in Japan and Israel*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- Walker, D. S. et alii (2009). Contemporary childbirth education models. *The Journal of Midwifery & Womens Health*, 54(6), 469-476.
- Walsh, D. J. (2010). Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociology of Health and Illness*, 32(3): 486-501.