



PERIFERIAS, FRONTERAS Y DIÁLOGOS

Actas del XIII Congreso de
Antropología de la Federación
de Asociaciones de Antropología
del Estado Español

Tarragona, 2–5 de septiembre de 2014



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Edita: Universitat Rovira i Virgili
ISBN: 978-84-697-0505-6

<http://wwwa.fundacio.urv.cat/congres-antropologia/>

Esta obra está bajo una licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

“RIESGO” Y “SEGURIDAD”
DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO:
DESDE LA VISIÓN BIOMÉDICA HACIA LA VISIÓN DE LAS
MUJERES QUE OPTAN POR UN PARTO DOMICILIAR

Patrizia Quattrocchi

[\[patriziaquattrocchi@uniud.it\]](mailto:patriziaquattrocchi@uniud.it)

Università degli studi di Udine

1. Introducción

El presente trabajo presenta parte de los resultados de una investigación antropológica sobre el parto no hospitalario – domiciliario y en casa de parto – realizada en Italia y en España entre los años 2010 y 2014.¹

En ambos países, en el contexto de medicalización de la salud reproductiva, el proceso embarazo-parto-nacimiento aparece cada vez más como una situación “de riesgo”. Tecnología, medicamentos y hospitalización constituyen hoy en día los recursos más utilizados para asegurarse un embarazo y un parto “seguros”.

Sin embargo ya en el 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) subrayó la importancia de revisar el concepto de “riesgo” durante estas etapas para recuperar una aproximación fisiológica al nacimiento (WHO 1996).

Esos temas han sido investigados por la antropología a partir de los años setenta, cuando, el enfoque de género y el renovado interés en la salud de la mujer como tema central de una nueva área de estudio – la antropología de la reproducción – empiezan a delinear claramente cómo el proceso embarazo-parto-nacimiento constituye un emblema de la

¹ El proyecto titulado “Un código intercultural y ético sobre el parto. Diálogo entre directrices institucionales y exigencias de las mujeres” ha recibido apoyo del Séptimo Programa Marco de la Unión Europea (FP7/2007-2013, contrato n. 256422) dentro del Programa Marie Curie.

transformación de los hechos sociales en eventos médicos: en otras palabras, un emblema de los procesos de medicalización de la vida (Jordan 1983; Oakley 1985; Martin 1987; Davis-Floyd 1992; Davis-Floyd & Sargent 1997; Frankling & Ragoné 1998; Davis-Floyd, Barclay & Daviss 2010).

En la práctica, reducir el embarazo y el parto a eventos médicos (medicalizarlos) significa actuar sobre el cuerpo de la mujer como si fuera *a priori* un cuerpo enfermo o - más bien - un cuerpo en constante riesgo de enfermarse. De allí viene una construcción social del embarazo como un estado liminal de la vida de la mujer, durante el cual se encuentra constantemente expuesta al riesgo de complicaciones, pese a su salud real y a la del bebé (Lupton 1999). Se trata de una visión del proceso que conlleva a dos consideraciones: por un lado remite a la necesidad de control tecno-médico (Davis-Floyd 1992) aún cuando no estemos en presencia de una patología (Beck 1996). Por otro lado, esta concepción impide el reconocimiento de la multidimensionalidad de estos procesos: en otras palabras, subestima la complejidad bio-psico-social y cultural del estar embarazada, dar a la luz y nacer; una complejidad que no puede ser comprendida desde una mirada exclusivamente biomédica, por su definición organicista y sectorial (Lock & Nguyen 2010).

Dentro del proceso de auto-legitimación del saber biomédico (Jordan 1997) el embarazo es percibido y tratado como un momento que requiere de monitoreo continuo, tanto por parte de los profesionales de la salud como por parte de las mujeres. La “seguridad” en el desarrollo del proceso está relacionada de manera directa con la cantidad de chequeos, consultas, prácticas diagnósticas y preventivas que – desde el enfoque biomédico – se conciben como necesarios. Por lo tanto, desde este enfoque un parto sólo puede ser declarado normal retrospectivamente. Dentro de este marco interpretativo, el hospital resulta ser la modalidad más “natural” para asegurarse un parto de calidad y sin riesgos.

En este trabajo exploro el concepto de riesgo y de seguridad desde la perspectiva de las comadronas independientes y de las mujeres que han dado a la luz en su casa, quienes comparten una visión diferente del embarazo, del parto y del nacimiento: una visión no medicalizada.

Estas mujeres - que piden y ofrecen un parto no hospitalario - asocian el concepto de seguridad más que a los aspectos tecno-médicos a factores sociales, culturales, psicológicos y éticos. Sus experiencias ofrecen elementos innovadores para la re-definición de lo que debería de ser un servicio de atención al embarazo, al parto y al nacimiento “de calidad”, también en el hospital.

A partir de estas perspectivas delinearé como muchas de las prácticas rutinarias llevadas a cabo para monitorear el embarazo y atender al parto resultarían innecesarias, si cambiáramos el concepto de riesgo y de seguridad por una aproximación más fisiológica a estos procesos. Ésto no significa en ningún caso ignorar o subestimar los factores de riesgos bien conocidos por la biomedicina; sino darles a estos factores (y a los profesionales encargados de manejarlos, o sea los médicos) el justo papel en el seguimiento de los embarazos de riesgo o patológicos. En otras palabras, se trata de remitir la fisiología a las comadronas, que para ésto han sido formadas y revalorizar los deseos, las expectativas y las exigencias de las mujeres, a partir de sus necesidades y no de las lógicas económico-políticas los sistemas de salud.

Realicé el trabajo de campo en Italia y España a lo largo de varias estancias, durante las cuales llevé a cabo entrevistas en profundidad, conduje grupos focales y realicé la observación de dinámicas y relaciones entre los distintos sujetos (comadronas independientes, comadronas hospitalarias, mujeres, médicos-ginecólogos, expertos). En España visité la casa de parto “casa de naixements” “Migjorn” en San Vicente de Castellet, Catalonia; entrevisté mujeres que han dado a la luz en su casa y comadronas independientes que forman parte de grupos históricos relacionados con el parto en la casa, como la cooperativa “Titánia Tasco” de Barcelona, el grupo “Génesis” de Madrid y otras profesionales vinculadas con la “Asociación nacional nacer en casa”. En Italia llevé a cabo entrevistas con comadronas independientes y hospitalarias, mujeres, funcionarios y expertos; visité la casa de parto “Montallegro” en Induno Olona, en provincia de Varese y la casa de parto “Il Nido” en Bolonia. En la región Emilia-Romagna también realicé un análisis del servicio de atención al parto domiciliario ofrecido por el sistema nacional de salud.

En total trabajé con 71 informantes: 43 en Italia y 25 en España. Las entrevistas en profundidad, con una duración media de una hora y media cada una y las discusiones surgidas de los grupos focales (con una duración media de 2 horas) se registraron en una grabadora digital y se transcribieron literalmente. Llevé a cabo la codificación a través del software de investigación cualitativa Atlas Ti, mientras que el análisis y la interpretación de los datos se realizaron de manera artesanal. Se identificaron las unidades de análisis, las categorías, los temas y los macro-temas, a través de un diálogo continuo entre la experiencia de campo y la teoría antropológica, como prevé el método etnográfico.

En este trabajo presento en particular los datos surgidos en el análisis de las entrevistas en profundidad realizadas con 11 comadronas independientes y 8 mujeres que han dado a la luz en su casa en España y con 15 comadronas que atienden en su casa y 11 mujeres en Italia. La idea de conectar los discursos de las mujeres españolas e italianas sobre el tema de la

seguridad y del riesgo surge a partir de la identificación de una gran cantidad de elementos comunes durante el proceso de análisis de las narrativas recolectadas.

2. El contexto: embarazarse, parir y nacer en España e en Italia

Tanto en Italia como en España la medicalización del parto es creciente. En Italia, en el año 2011, nacieron 556.000 niños y niñas. La tasa de natalidad ha disminuido de 9,3 por mil en 2010 al 9,1 por mil en 2011. El 82 % de los nacimientos proviene de mujeres italianas, el 18% de mujeres extranjeras. La edad media de las madres es de 31,4 años de edad, con valores de 32,1 en las mujeres italianas y 28 años en las extranjeras. El número medio de hijos por mujer es igual a 1,42 (2,07 hijos por mujer extranjera, frente a 1,33 hijos por las italianas). En 2009, la tasa de muerte fetal fue de 2,7, la tasa de mortalidad perinatal y la de mortalidad infantil se ubicó entre el 04.06 a 03.04 (ISTAT 2012).

Entre los indicadores de un exceso de medicalización aparece la tasa de cesáreas: con el 38% en 2009, Italia se coloca en el primer lugar en Europa para el uso/abuso de esta práctica. También se observa el uso excesivo de oxitocina durante el parto. Con relación a la episiotomía, las dos encuestas realizadas entre 2008 y 2009 por el Instituto Nacional de Salud en 25 instituciones de salud, indican que la misma ha sido efectuada en el 43,6 % de las mujeres italianas (Lauria, Bonciani, Lamberti et al. 2012). El embarazo también resulta ser muy monitoreado desde el punto de vista médico. El promedio de ultrasonidos en las mujeres italianas con embarazo fisiológico es de 7; sólo el 9,4 % de las mujeres se someten al máximo los 3 ultrasonidos recomendados por el servicio nacional de salud. Las mujeres con embarazo de alto riesgo hacen en promedio una visita más que las que tienen un embarazo normal. Contribuye a esta situación la tipología de asistencia y el tipo de profesional que se encarga de la mujer embarazada. La mayoría de las mujeres italianas (78,5 %) consultan al ginecólogo; la mayoría de las veces se trata de un ginecólogo privado (44,7%), aunque alrededor del 98% de todos los partos se dan en un hospital público. Esto significa que la presencia del ginecólogo es importante también en el seguimiento de embarazo sin riesgos, en tanto que en países como los Países Bajos o el Reino Unido éste es un ámbito de competencia exclusiva de las matronas.

Es importante mencionar que el exceso de medicalización está lejos de los deseos de las mujeres italianas: el 94,7 % de las madres primerizas que dieron a luz por parto espontáneo declararon que en un segundo parto habrían preferido otra vez un parto espontáneo. En las

múltiparas que dieron a luz por cesárea, el 96% habría preferido un parto vaginal (ISTAT 2007).

En España, la situación es similar. En el país, en el año 2012 nacieron 453. 637 niños, un 3,9% menos que el año anterior. La tasa bruta de natalidad (número de nacimientos por cada 1000 habitantes) bajó de 12,8 en 2012 a 9,7 con relación al año anterior. La tasa de fecundidad está también en declive, tanto para las mujeres españolas (un número de hijos por mujer de 1,28 en comparación con 1,29 de 2011), como para las extranjeras (1,54 frente a 1,58 de 2011). La edad media de las madres es de 32,1 para las españolas y 28,9 para las extranjeras. La tasa de mortalidad neonatal fue de 2.15 en el 2011; la tasa de mortalidad infantil fue de 3,13 en 2012 (INE 2013).

También en España la medicalización del parto es creciente y el papel marginal de la mujer en las decisiones sobre su cuerpo y su salud se ha señalado con frecuencia desde las ciencias sociales (Fernandez del Castillo 1994; Fuentes 2001; Montes-Muñoz 2007; Blásquez Rodríguez 2010; Montes-Muñoz, Martorell-Poveda, Conti-Cañada et al. 2009).

La mayoría de los nacimientos se realizan en los hospitales públicos (75%), después de un seguimiento hecho por las matronas (por ejemplo en los centros de salud) y/o por el ginecólogo público (más frecuentemente) o privado. Recurrir al ginecólogo para el embarazo fisiológico es una práctica común, tal como en Italia.

Entre los indicadores de una medicalización creciente existe la tasa de cesáreas: en 2011 fue del 22,30 %, cuando en 1985 era del 10,5% y en 1996 del 20 % (Ine 2013). También el número de episiotomías al parecer es alto, aunque no existen datos nacionales al respecto. Sin embargo, el caso de la Comunidad Autónoma de Valencia, en donde se realiza una episiotomía en el 72% de los casos en los hospitales públicos y en el 83 % de los casos la clínicas privadas, se puede considerar como emblemático de una situación bastante generalizada (Europeristat 2008:14). En la misma región resultan inducidos el 42,25 % de los partos en la privada, y el 26,37 % en la atención pública.

Llama la atención que estos procesos siguen ocurriendo pese la evidencia médico-científica que demuestra la ineficacia o el peligro de un exceso de intervención, sobre todo si son realizadas de manera rutinaria (Chalmers 1989). Ya en 1985, la OMS recomendó evitar - como prácticas sistemáticas - afeitar el pubis, el enema, la inducción del parto, la analgesia en el parto, la vigilancia fetal diferente a la auto-auscultación, la posición litotómica durante el parto, la ruptura artificial de membranas, la episiotomía y la cesárea (WHO 1985, 1996, 2008).

En realidad, los gobiernos no han sido sordos al llamado internacional. Tanto en España como en Italia se han implementado políticas nacionales y locales que remiten a estas recomendaciones.

En España, el cambio de actitud política se dió en 2007 con la promulgación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, promulgada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio Sanidad y Consumo 2007). Esta Estrategia, que se encuentra en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud presenta cuatro líneas de acción para promover una actitud diferente a la atención del parto: el examen de las declaraciones de la OMS 1985, la participación de las mujeres en la toma de decisiones, la formación de los profesionales médicos y enfermeras para implementar la Estrategia, la investigación y la implementación de buenas prácticas para ayudar al parto normal. La Estrategia también incluye tres parámetros de equidad: la diversidad (sensorial, mental y física), el multiculturalismo y la perspectiva de género.

El documento es sin duda un importante punto de partida para devolver al nacimiento su estado de acontecimiento fisiológico. Sin embargo, el “parto respetado” - como se denomina este enfoque revela la posibilidad de que un parto no sea respetado - es aún poco practicado en la mayoría de los servicios de salud, tanto públicos como privados. Con respecto a Italia, en este país ya en 1998-2000 se lanzó el POMI –“Progetto Obiettivo Materno-infantile” – definido por el gobierno un asunto de importancia estratégica (Ministero della Salute 2000). Principales objetivos del proyecto con respecto al parto remiten a la humanización del servicio, a la capacitación del personal, a promover el contacto inmediato entre madre e hijo, la lactancia materna y a impulsar la investigación de experiencias de demedicalización del parto.

A pesar de estas políticas, los hospitales y las clínicas, ya sea en Italia o en España parecen mostrar ciertas dificultades en traducir las directrices en una práctica cotidiana más centrada en la fisiología. El cambio de actitud por parte de los profesionales de la salud y la revisión de protocolos requieren probablemente de más tiempo, de más apoyo político, de una formación adecuada, así como de la reapropiación por parte de las mujeres de la confianza en sí mismas y en sus potencialidades.

En cambio, estos temas se encuentran muy presentes en los discursos de quienes optan por opciones distintas a la medicalización, tanto a nivel personal como profesionalmente: las comadronas que trabajan de manera independiente (afuera de las instituciones de salud) y las mujeres que deciden dar a luz en un lugar diferente al hospital.

3. El parto domiciliario y en casa maternidad

Hoy en día, cada vez más mujeres reclaman la posibilidad de elección acerca de los lugares, las personas, las prácticas relacionadas con su salud y la de sus seres queridos, sobre todo cuando se trata del nacimiento de un hijo. En general, cuando esto sucede, se niega en su totalidad o en parte, el modelo biomédico de atención hospitalaria, con el intento de buscar formas más naturales de dar a la luz. El interés en estos temas está creciendo en muchos países europeos, aunque el porcentaje de mujeres que opta por un tipo de atención diferente (que se realiza en la casa o en una casa de parto)² es todavía marginal: en promedio entre 1 y 2 %. Porcentajes ligeramente superiores se encuentran en Islandia (1,8%), Inglaterra (2,7%) y en Gales (3,7 %) (Europeristat 2010). La única excepción notable es el caso de los Países Bajos, con una tasa de partos no hospitalarios de 27,7% (Europeristat 2010). En Italia y España los porcentajes de partos fuera de los hospitales son por debajo de la media europea: menores de 1%. En Italia, los partos atendidos fuera del hospital constituyen el 0.5% (Ministero della Salute 2010).³

La falta de información sobre la oportunidad (en forma privada y / o pública) de ser atendidos en lugares distintos de los hospitales y clínicas es un elemento importante a considerar. Al mismo tiempo, el debate científico y jurídico sobre estos temas es muy limitado, y en ocasiones la literatura científica con relación al tema también es poco conocida por la clase médica. A pesar de ser un tema aún objeto de controversias entre los investigadores, son amplias las evidencias que demuestran que parir en un lugar que no sea el hospital en los países desarrollados es tan seguro como el parto hospitalario; y en algunos casos incluso más seguro, ya que las intervenciones innecesarias son muy reducidas (Olsen & Clausen 2012, Vedam, Schummers, Stoll et al. 2012). En términos legales, es importante mencionar que en 2010 el Tribunal Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo - en el caso *Ternovsky Vs . Hungría*⁴ - estableció que el “derecho al respeto de la vida privada incluye el derecho de

² Una casa de parto es un lugar extra-hospitalario, no medicalizado, con las características de una casa residencial y dirigida en general por comadronas. Estas casas son comunes en Alemania, Suiza, Países Bajos, Gran Bretaña. En Italia existen cuatro casas de parto. En España hay por lo menos dos casas, ambas en Catalonia.

³ Podemos presumir que tanto en Italia como en España los datos sobre el parto no hospitalario son subestimados. En Italia los partos son procesados por el Instituto Nacional de Estadística a través del Certificado de atención al parto que todos los profesionales deben completar, también las comadronas independientes. Sin embargo, a veces hay dificultades burocráticas en la recopilación-entrega de este documento. En España la situación es aún más compleja en cuanto – como profundizaré en las páginas siguientes – el parto no hospitalario no posee reconocimiento político-legislativo en este país.

⁴ El caso trata de la detención de la comadrona húngara Agnes Gereb, encarcelada por haber atendido un parto no hospitalario. En este país hoy en día esta práctica se considera ilegal. La historia es narrada en el documental “Freedom for Birth.”

elección de las circunstancias relacionadas con el propio parto.” Por otro lado, ya el Parlamento Europeo en la Resolución A2-38 del 1988 (Carta Europea de los derechos de la parturienta), se mencionaba el derecho a “la atención adecuada en el caso se eligiera un parto domiciliario, en conformidad con las condiciones ambientales y psico-físicas de la parturienta y del niño o niña.”

El reconocimiento político influye sin duda sobre la difusión masiva de estos aspectos. España e Italia presentan una condición distinta sobre este punto. En Italia las mujeres que quieren dar a la luz en su domicilio o en una casa de parto pueden pagar por su cuenta la atención de una comadrona independiente. Las competencias regionales en el ámbito de la salud⁵ han permitido que 11 regiones de los 20 existentes legislaran sobre el asunto. Las regiones que ya tienen una ley son en orden cronológico: Lombardía (1987), Abruzzo (1990), Liguria (1995), Valle d'Aosta (1998), Marche (1998), Emilia Romagna (1998), las provincias autónomas de Trento y Bolzano (1997-1998), Toscana (1999), Piamonte (2002), Sicilia (2010) y Lazio. Lo que diferencia las distintas regiones es la implementación de lo que establece la ley. En algunas regiones se ofrece el reembolso parcial de los costos del servicio ofrecido por una comadrona independiente: la región Emilia-Romagna, por ejemplo, reembolsa el 80% del costo del parto. En otros casos, se otorga el servicio en virtud de un acuerdo con la institución pública (como en Turín, con la experiencia del Hospital S. Anna); menos frecuentemente la prestación es directa, por el mismo servicio nacional de salud. Es éste el caso de las ciudades de Parma, Reggio-Emilia y Modena, en Emilia-Romagna. En otras regiones, la mención jurídico-normativa de dar a la luz en lugares distintos de los hospitales - aunque importante - se ha mantenido puramente a nivel formal, sin traducción en la práctica, y las mujeres siguen pagando por su cuenta la comadrona independiente.

En España, el parto en casa aún no ha sido objeto de reflexión política. Por lo tanto, no existe un reconocimiento público, ni económico por parte del legislador. En este país ni siquiera es reconocida legalmente la estructura casa de parto. La mujer que no desea dar a luz en el hospital paga por su cuenta la atención de una comadrona independiente y elige el domicilio que considera apropiado, que puede ser el de ella o de otra persona: eso aparece como un domicilio privado, un lugar que tampoco es considerado ilegal en temas de nacimientos. La casa de maternidad en España, entonces, es considerada desde el punto de vista legal como

⁵ Como en España, el sistema nacional de salud italiano es de tipo universalista y garantiza atención y prevención sanitaria a todos los ciudadanos. La ley n. 421/1992 atribuye a las regiones y a las provincias autónomas competencia en el diseño y organización de los servicios de salud, dentro del Plan nacional de Salud trienal.

una casa privada en la que un grupo de profesionales se reúnen y trabajan para perseguir sus objetivos de acuerdo con la forma legalmente prevista por la ley (por ejemplo, una asociación o una cooperativa).

El reconocimiento político y el apoyo económico no implican directamente un reconocimiento social, pero ayudan a que el servicio sea más accesible: el costo de un parto en la casa varía desde los 2000 hasta los 3000 euros en ambos países.

4. Riesgo y seguridad en el parto no hospitalario

Las comadronas que asisten en la casa y en las casas de parto y las mujeres que han dado a luz en lugares que no sean el hospital comparten, como ya se ha mencionado, la misma visión del proceso de embarazo-parto-nacimiento; una visión que se centra en el cuestionamiento de los supuestos y paradigmas biomédicos. El parto es, en esta perspectiva, en primer lugar un proceso fisiológico y, como tal, debe ser interpretado y tratado.

La crítica se dirige al reduccionismo inherente a la mirada médica, que no nos permite capturar la normalidad - pero al mismo tiempo la singularidad y excepcionalidad - de este proceso; y comprenderlo en sus dimensiones existencial, psicológica, social, cultural e incluso espiritual. Esta complejidad se vuelve marginal e incluso a veces invisible en una visión y una práctica focalizada en el concepto de "riesgo reproductivo", en el abuso de la tecnología, en el tratar a las mujeres embarazadas como enfermas, y por último en el cuidado del recién nacido a través de mecanismos que no tienen nada en común con el "nacimiento sin violencia" propugnado por Leboyer.⁶

Es en esta diversidad de enfoque que se sitúan las distintas experiencias y prácticas y el diálogo/no diálogo entre parto medicalizado y parto no medicalizado. La construcción de los conceptos de riesgo y seguridad es un emblema de esta situación.

De acuerdo con la práctica médica, el riesgo es la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir daños. Un factor de riesgo es cualquier característica comprobable o circunstancia que es notoriamente asociada con una alta probabilidad de ocurrencia del evento adverso. Los factores de riesgo en el embarazo son múltiples: por ejemplo, una enfermedad previa de la madre, las enfermedades de la madre o el feto desarrolladas durante el embarazo, la edad de la

⁶ Leboyer es reconocido como maestro por la mayoría de las comadronas que he entrevistado. En el libro "Nacimiento sin violencia" (1975) se describen - a través de los ojos, la piel, la vista, el gusto y el olor de un bebé recién nacido - los primeros momentos de la vida en el hospital.

madre y las anomalías su aparato reproductivo, anomalías en el feto, los estilos de vida (por ejemplo el hábito de fumar).

El enfoque preventivo durante el embarazo enfatiza la necesidad de una conducta orientada a prevenir algo que podría ocurrir. El “buen ginecólogo”, se convierte entonces en el profesional que requiere más pruebas, exámenes, consultas posibles. Esto se traduce en un intervencionismo excesivo, rutinario y estandarizado, sin importar el estado real de salud de la mujer. En este contexto, la tecnología se convierte en un recurso que proporciona seguridad tanto a la mujer como al profesional. Incluso, en el momento del nacimiento, estar en un lugar donde hay el máximo de dispositivos médicos y tecnológicos constituye la máxima seguridad posible.

Estos elementos casi nunca están presentes en el discurso de las comadronas que asisten en la casa o en las mujeres que han dado a luz en su casa. Esto no significa por su parte el desconocimiento de los factores de riesgo reconocidos por la biomedicina, ni el rechazo de la tecnología cuando sea necesario. Las comadronas se forman en trayectoria académicas muy medicalizadas y tienen muy claros estos aspectos. Al mismo tiempo, las mujeres son conscientes de que una determinada enfermedad pasada o presente puede afectar el estado de su embarazo o la salud de su hijo, y que la tecnología es un apoyo fundamental durante el proceso diagnóstico y terapéutico. Lo que quiero decir, sin embargo, es que estos aspectos no contribuyen sustancialmente a la construcción de su concepto de riesgo y de seguridad. Tecnología y recursos médicos son elementos que permanecen en gran medida al margen de un discurso y de una práctica que se centra en otros aspectos.

Hay un punto de partida: las mujeres que dan a luz en la casa generalmente son mujeres sanas, así como sus hijos. En ambos países, las directrices (Capiotti 1999; Collegi Oficial de Enfermería de Barcelona 2010) excluyen que las mujeres en situación de riesgo o con embarazos patológicos puedan dar a luz en casa o en una casa de maternidad. Desde la perspectiva médica, sin embargo, la mujer con un embarazo normal es tratada como si estuviera en situación de riesgo; de lo contrario no podríamos explicar la cantidad de ecografías, análisis etc. que nos muestran los datos estadísticos: es decir, lo que es significativo no es sólo el estado real de la salud de la mujer, sino la lente que se utiliza para mirarla.

Entonces, ¿Cuál es el concepto de la seguridad que tienen las mujeres que dan a luz fuera de los hospitales? ¿Cómo y cuándo se sienten en riesgo? Como veremos, se trata de elementos que la mayoría de las veces no remiten a una etapa precisa de la trayectoria (primer / segundo / tercer trimestre) o a un “factor” en especial; sino al proceso en su conjunto. Esto está en

línea con una visión del embarazo como un proceso continuo y complejo, en el cual es difícil distinguir – fuera de una mirada médica – momentos específicos y estandarizados.

Las mujeres y las comadronas, tanto en Italia como en España, mencionan como elementos de seguridad a lo largo de todo el proceso las siguientes condiciones:

- El conocimiento mutuo
- La continuidad y la personalización de la atención
- El respeto de los tiempos y del proceso
- El papel protagónico de la mujer y la posibilidad de elegir
- El papel “pasivo” de la comadrona
- La no intervención
- La confianza en las habilidades y competencias de cada uno
- El entorno favorable

4.1 El conocimiento mutuo, la continuidad y la personalización de la atención

El conocimiento mutuo, la continuidad de la atención y personalización de ésta son elementos profundamente dependientes entre sí. La comadrona independiente sigue a la mujer durante todo el proceso, desde el embarazo hasta el puerperio. Aunque la relación puede empezar en diferentes momentos (en algunos casos ya en el primer trimestre del embarazo, en otros más tarde) el tiempo para conocerse se considera muy importante para ambas partes. La comadrona puede así entender las dinámicas fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales específicas de esa mujer y de esa pareja en particular; la atención y el acompañamiento no serán entonces estandarizados (como ocurre en el hospital) sino al contrario se tratará de un proceso co-construido y renegociado constantemente durante el desarrollo del embarazo. A través de la comprensión y del conocimiento mutuo, la mujer adquiere confianza en la comadrona que la atenderá durante el parto, mientras que la profesional aprenderá a reconocer las fortalezas y las debilidades que pudieran afectar el desarrollo del proceso. Este proceso contribuye a la construcción del concepto de seguridad tanto en las mujeres como en las profesionales:

“Yo sí necesito conocerlas y que me conozcan. También para establecer una relación de confianza, yo necesito conocerla: qué es lo que quieren, cómo quieren vivir su experiencia; porque es una experiencia transformadora, si quieres acompañar, tienes que conocer sus miedos, sus esperanzas, sus ilusiones; y poderla respetar en el parto, pariendo. No es el parto así solo, hay un tiempo de reflexión también.” (Teresa, comadrona española)

“La relación con ella [la comadrona] fue muy buena, cercana, encantadora, muy sincera, amistosa. Te hace sentir a gusto, te trata como una igual, ¿no? Te hace sentir que tú eres...ella te empodera, te da fuerza, te da poder, te hace sentir que tú puedes, y te trata a un nivel... El ginecólogo te trata, para mí, de superior.” (Susana, mujer española, mamá de un hijo nacido en casa).

4.2 El respeto de los tiempos, del proceso y el no interventismo

Para todas las mujeres entrevistadas “ser respetada y sentirse respetada” es crucial. Es una condición que les hace sentirse seguras. No es sólo un respeto general, sino el respeto de sus necesidades específicas, por lo que realmente necesitan. Tanto las comadronas y las mujeres están de acuerdo en que los protocolos hospitalarios no permiten respetar a la mujer y sus necesidades:

“Vi que en el hospital no había ninguna posibilidad... porque a la mujer no la conoces, debes implementar los protocolos, hay prisa porque el médico te dice que hay otra cosa más que hacer... Tú no vas a tener la posibilidad de cumplir con la mujer y sus tiempos, en el momento del parto con lo que realmente necesita: no ser molestada, que se le ayude, que le coqueteen, que le apoyen.” (Elisa, comadrona italiana)

En los protocolos de asistencia al parto, los tiempos relacionados con la dilatación (un cierto número de pulgadas/centímetros por hora) están bien definidos y cada fallo se mira con sospecha o se considera un factor de riesgo. En un parto fuera del hospital, por el contrario, los tiempos no son los de la asistencia sanitaria, del protocolo estandarizado o de una lógica consumista que connota de manera muy fuerte el modelo biomédico (Blásquez -Rodríguez 2010); son los tiempos de la madre y del bebé:

“Es algo de ella [de la mujer], son sus tiempos. Tú no puedes determinar antes, o como lo hacen ellos [en el hospital]: ahora debe dilatarse un centímetro, si no queda fuera de esta cosa... Pero ¿quién dijo eso? A veces estoy en la casa 24 horas y no pasa nada, está la mujer de 3 cm y en media hora cuando se decidió a dar a luz... ¿No? Pero si tú vas al hospital, estás fuera de los tiempos, fuera de la mediana, fuera de... ¿no? Hay que empezar a... Acelerar las contracciones, romper la bolsa, monitorear de manera continua...Todas estas cosas ¿A qué llevan? Si uno ya está estresado, jamás lo ayudarás a resolver algo de esta forma, no?” (Luciana, comadrona italiana)

Esta duración prolongada que a menudo no corresponde con el “promedio”, no se considera indicativa de riesgo durante un parto en casa. Por el contrario, para las comadronas y las mujeres seguir el tiempo natural del parto es considerado un elemento esencial de la seguridad. En primer lugar, porque esta actitud conduce a la mutua confianza en las propias capacidades (dar a luz a su hijo para las mujeres y acompañar este proceso para las comadronas); y luego porque respetar los tiempos fisiológicos significa “no hacer nada”: ninguna aceleración, ni química (oxitocina) ni psicológica (“Usted no se ha dilatado lo suficiente en estas dos horas”); ninguna prisa, ningún cambio de turno del profesional, ningún parámetro demasiado rígido.

La comadrona espera, observa, apoya; y actúa sólo cuando es necesario. Su acción, sin embargo, nunca afecta al proceso, ya que se cree que éste tiene en sí mismo la capacidad de perpetuarse. El papel de la comadrona es entonces la de la “acompañante”: acompañar y facilitar de un proceso que de por sí es endógeno. Son importantes desde esta perspectiva las palabras de la comadrona Teresa:

“Yo no tengo relación con el tiempo de Cronos, para mí no me importa el tiempo del reloj, es un tiempo de vivencia, es un tiempo de experiencia. Entonces, no es un tiempo de reloj. Pero sí de ir viendo cómo va evolucionando, cómo lo va viviendo y qué necesita en este momento: estar tranquila, necesita masaje, apoyo a través de la palabra, tal vez del contacto, y desde allí...” (Teresa)

No apresurar el tiempo, de hecho significa en la práctica, ser capaz de no intervenir: acompañar el proceso sin hacer acciones “extrañas” (la administración de oxitocina, la ruptura artificial de las membranas, la episiotomía, y más), no siempre es fácil; sobretodo para un profesional que se ha formado dentro del paradigma biomédico. La capacidad de cumplir con el ritmo es esencial para una comadrona, afirma Montserrat que se define “ginecóloga de formación y comadrona de corazón”:

“Una persona que tenga una capacidad de contacto importante, que pueda asumir un respeto a los ritmos y los tiempos. Que también es capaz de ponerse...capaz de esperar, ¿no? Y respetar el proceso de otra persona, ¿no? O sea, es una capacidad en el ritmo” (Montserrat, ginecóloga española)

El enfoque no intervencionista constituye un elemento de seguridad para las mujeres que deciden dar a luz en casa por lo menos en dos aspectos: por un lado, les evita una serie de situaciones clínicas potencialmente dañinas (por ejemplo, los efectos secundarios de un

medicamento); por el otro, se les ahorra problemas o dificultades inherentes al proceso de una ruptura a nivel psico-emocional (de un momento, de un proceso, de una relación, etc.).

El rechazo de este enfoque y el saber que en el hospital es difícil evitar algún procedimiento estándar son algunas de las razones por las que muchas mujeres optan por un parto no hospitalario.⁷ En las palabras de Susana:

“Sabía que si iba al hospital, algo me van a poner, un gotero, algo... Lo mínimo una episiotomía me van a hacer [...], y a veces tienen unos tiempos, tienen unas cosas que si tú no cumples intervienen.. Y yo quería evitarlo. (Susana)

El no intervencionismo tiene que ver con otro elemento considerado fundamental por las mujeres: la discreción de las comadronas durante el parto. Es una característica muy destacada por todas las mujeres que he entrevistado y que representa para ellas una fuente de seguridad doble: por un lado, indica que el proceso está avanzando bien y que ella como mujer tiene todas las capacidades para llevar a cabo el proceso; por el otro, remite a la seguridad de tener a su lado una profesional, que si es necesario “aparece”.

“Así discreta, capaz de desaparecer cuando... Quiero decir que no tengo ningún recuerdo de ella, excepto en un momento: recuerdo que me sostenía un poco cuando estaba saliendo la cabeza, me agarraba el perineo, porque yo sentía una presión muy fuerte y entonces ella me sostuvo para evitar desgarros. Y eso me hizo bien. Al nacer G. pesó 3.750 kg. Lo pesamos ya liberado de su meconio, nació grande; pero yo ni siquiera tengo una sutura, ningún desgarro, no tengo nada.” (Anna, mujer italiana, mamá de dos hijos nacidos en casa)

“Salió [el parto] como muy respetado, muy tranquilo sin prisa, hice una experiencia...Su papel [de la comadrona] fue “estar.” Me acuerdo que ella me propuso de cambiar de postura, por ejemplo, pero me dolía más, entonces me cambié. Pero nada más. Estaba allí, no me interrumpía mi proceso. Me acuerdo que en el parto de M. veía el color verde todo rato, muy intenso “veo verde!” No me interrumpieron “Y porqué?”, me dejaban...y eso, lo recuerdo como presente pero invisible.” (Ruth, mujer española, mamá de dos hijos nacidos en casa)

4.3 Papeles y confianza mutua

Un elemento adicional de seguridad para la mujer es la confianza en las habilidades y competencias de su comadrona. Esto significa que la mujer sabe que en el momento en el que

⁷ Otras razones frecuentes son el concebir el parto como un evento normal, la voluntad de elegir libremente cómo dar a luz, una experiencia previa de parto en el hospital considerada insatisfactoria o negativa, el ser atendida por una profesional de confianza. En muchos casos varias motivaciones coexisten en la misma narrativa.

se presente una dificultad la comadrona será capaz de manejarla y/o resolverla; y si así no fuera, de trasladarla al hospital. Sin embargo, confiar no significa "delegar". Las mujeres que dan a luz fuera de los hospitales desean mantener en sus manos la gestión del proceso embarazo-parto-nacimiento: de hecho, ésto es precisamente lo que buscan: un acompañamiento no invasivo, que no les expropie de su papel y de sus conocimientos:

“Me parecía por lo que había oído, leído y incluso por lo que era mi experiencia, iba con el ginecólogo a revisiones que más que darte poder y hacerte fuerte, ayudarte, te hacen sentir un poco como una niña pequeña, te quitan a veces tu poder de decisión o tu poder como mujer incluso, te tumban en una camilla, te ponen las piernas así en los estribos, y tú vas, ves que van pasando cosas alrededor, pero no controlas. Y yo quería personalmente que fuera un momento para mí: estar centrada, vivirlo de de una forma algo más natural, bonito, controlado por mí, bueno por la naturaleza. (Susana)

Estas mujeres suelen tener mucha confianza en sus propias habilidades y competencias: la capacidad de dar a la luz, la capacidad de alimentar a sus hijos, la capacidad de crecerlos en las mejores condiciones posibles. Con respecto al parto, esta toma de conciencia hace que estas mujeres se sientan seguras de poder ser protagonistas de este momento tan excepcional y de ser capaces de llevar a cabo todo el proceso con éxito:

“Me sentía super empoderada, me sentía una diosa, sabes que es un poder tremendo. Una sensación brutal, de poder hacer ésto y que no te interrumpen.” (Ruth)

“Era como una forma de empoderar [...], fue tomar poder y conciencia del cuerpo, y de saber que claro podemos parir como nosotras queramos y respetar nuestro cuerpo y nuestras visiones.” (Patricia, mujer española, mamá de un bebé nacido en casa)

Al mismo tiempo, como ya he mencionado, no se olvidan de que en caso de necesidad existen médicos y hospitales:

“Sentir la sensación de no necesitar a nadie, pues realmente si hay un problema, pues, estará el hospital o la ayuda de alguien, pero si todo va bien no hace falta nada ni nadie más que tu cuerpo y dejarte ya...Yo no hice nada.. Yo estaba allí esperándole” (Ruth)

“Sentir la sensación de no necesitar a nadie” - como afirma Ruth - no significa evitar interrogarse sobre lo que podría suceder y sentirse siempre a priori seguros. La experiencia de Susana, quien es acompañada por su marido en este dudoso camino de confianza y conciencia, es emblemática de una trayectoria no siempre lineal y fácil, ni para la pareja ni para la mujer misma:

“Yo le decía a él: ‘El parto es una cosa natural y como cualquier cosa de la vida puede necesitar medicamentos’, pero no por el solo hecho del parto, ¿no? A él le daba miedo que pasara algo. Tuvimos que estudiar cuáles eran los peligros y ver cómo se solucionaba en cada caso. Por ejemplo: un desprendimiento de placenta: ¿Qué tienes que hacer?.. Pues te da tiempo de ir al hospital... Él vio que si teníamos una urgencia estábamos cerca del hospital, y ésto lo convenció también.” (Susana)

Un elemento importante en la narrativa de las mujeres es la capacidad de manejar posibles situaciones de crisis, tales como las causadas por la opinión (a menudo negativa) de familiares y amigos:

“También tenía un poco de miedo en mi interior y también cuando hablaba con otras personas tenía cierto miedo de si estaba siendo demasiado atrevida, como iba a reaccionar mi cuerpo, ¿no? Si pasaba algo pues yo me iba a sentir muy mal ¿no? Porque estaba siendo muy insistente. Pero otra parte de mí estaba convencida que eso tenía que ser así. Y luché entre el miedo y la seguridad.” (Susana)

“Intenté no hablarlo con muchas personas que estuvieran en contra porque sus argumentos me alteraban mucho la cabeza. Al principio lo dije, pero cuando vi la reacción: ¡estás loca, te va a pasar algo, se va a morir el niño, se han muerto en el pasado!.. Tanta angustia... (Patricia)

4.4. El entorno favorable

“Ellas [comadronas] me preguntaron qué esperaba yo, cómo lo vivía [el proceso], lo que yo quería. Les dije que yo necesitaba de mi cueva, y luego he creado mi cueva. Creo que todas las mujeres lo hacen. Entonces, estando en su casa elige una que es su casa, ¿no es cierto? Lo que una quiere. Si quieres tomarte una ducha, lo haces, ¿no?” (Francesca, mujer italiana, mamá de una hija nacida en hospital y de un hijo nacido en casa)

La “cueva” de Francesca introduce un tema complejo, que me permite sacar algunas conclusiones. Muy a menudo, en relación con el éxito de un parto, se subraya la importancia del así llamado “entorno favorable” (WHO 1996). Sin embargo, lo que se debe considerar “favorable” no es igual para cada mujer y en cada experiencia. Podemos suponer que el entorno propicio es aquel que permite a la mujer de “dejarse ir”, sentirse completamente a gusto y desde allí ser capaz de abrirse a una experiencia que es tanto física como mental. En otras palabras, sentirse realmente seguras. Sin duda, este tipo de seguridad, no se refiere sólo a la idea de que hay que evitar todos los riesgos posibles (la postura biomédica). Se trata de un concepto de seguridad multicausal y multidimensional, que se construye a partir de la posibilidad de hacer lo que uno quiere; y de lo que uno siente que hay que hacer. En otras palabras, el punto de partida de la construcción de este concepto no está afuera de nosotros

(en recursos tecnológicos, farmacológicos, logísticos, humanos etc.), sino adentro: en cuerpo, en sus señales, que nos indican siempre el camino cuando se trata de un proceso natural.

Esta idea de la seguridad - más compleja de lo que es contrarrestar los posibles factores de riesgo a través de prácticas diagnósticas rutinarias - está presente en todas las mujeres que deciden dar a luz fuera del hospital. Para éstas, seguridad no significa la alta tecnología, los espacios asépticos y las batas blancas, sino que significa vivir la propia experiencia en un entorno considerado adecuado a las necesidades y a la propia visión de las cosas. En la construcción de esta idea de entorno favorable (que no tiene que ver sólo con el lugar físico, sino con personas, relaciones, comportamientos, acciones, poderes) la casa de la mujer juega un papel importante. La casa se convierte en un factor adicional de seguridad tanto para ellas como para las comadronas que las atienden (todas las comadronas consideran la casa una valiosa fuente de información con respecto a la mujer y a la pareja). Para la mujer, estar en su propia casa significa poder moverse y decidir con libertad, sin tener que pedir permiso a nadie; se sienten entonces protagonistas de lo que está sucediendo, y no invitadas; al contrario la huésped es la comadrona. Además, en casa están presentes objetos, olores, sabores, espacios conocidos, que ofrecen seguridad y permiten identificar y/o construir su “cueva” como dice Francesca: el lugar en donde nacerá el bebé. En casa, también la pareja u otros miembros de la familia pueden moverse libremente, creando un marco de normalidad que representa para la mujer un elemento de tranquilidad. Todas las mujeres entrevistadas excluyen al hospital como un ambiente adecuado para “dejarse ir.” Así, por ejemplo, destaca Anna:

“El hospital ya se caracteriza también por el olor. Tan pronto como entras, con las dinámicas típicas del hospital, puede ser que están allí conmigo otras 5, 10, 12, 3 mujeres, no importa, la gente que tiene que dar a luz de todos modos. Así que hay tiempos, un espacio limitado, alguien que me dice: ‘Usted póngase aquí, usted póngase allí.’ No parece compatible con lo que es la experiencia del parto. No creo que sea un ambiente propicio, a mí me parece más bien un ambiente inhibitorio.” (Anna)

Estar en casa también ofrece a las madres la seguridad con respecto a la posibilidad de elegir cómo dar la bienvenida a su hijo, en los primeros momentos después del nacimiento. Todas las mujeres y las comadronas entrevistadas consideran esencial el contacto inmediato madre-hijo, la no necesidad de prácticas invasivas inmediatamente después del nacimiento (lavar, vestir, examinar el bebé inmediatamente), amamantar enseguida, y en general crear ese ambiente favorable desde el punto de sus necesidades, que – dicen todas – son muy pocas:

“Yo creo que [el parto en la casa] influye muy positivamente, sobre todo porque el vínculo de amor que se crea entre el bebé y la mamá es increíblemente grande, es como una leona protegiendo a su bebé, es que es alucinante las hormonas que están fluyendo, todo el rato con el bebé pegado a mí, dormíamos con él, la teta cuando quería, todo el rato pegaditas y esta sensación de protección y de amor, que es como están dentro del útero, tiene que ser como tienen que estar cuando salen, ¿no? Primeros meses, primeros años, esta protección creo que es positiva para ellos y para la mamá ¿no? (Ruth)

“Nosotras no bañamos al bebé de inmediato después del nacimiento, sólo tratamos de ponernos de puntillas y dejar todo lo que hay... Disfrutar. Realmente necesita sólo un par de cosas el bebé, todo lo demás son rituales que son más útiles para quienes los hacen [los profesionales] que para el bebé o la madre. Los rituales sirven por lo general en el hospital para dar el poder a una determinada institución, a veces para justificar la presencia de determinado personal, pero hay realmente muy poca necesidad.” (Annalisa, comadrona italiana)

Estas palabras revelan una característica más del enfoque biomédico que - por definición - tiende a separar y a especializar. La ruta estándar de un bebé en un hospital es emblemática desde este punto de vista: de las manos de la comadrona y / o del ginecólogo-obstetra presente en la sala de parto pasa a manos de la enfermera pediátrica, de la neonatóloga, de la pediatra, etc.: una hiper-especialización que remite a un paradigma reduccionista y trata la persona como un objeto. Un proceso que encuentra legitimación en un entorno que hace que el “riesgo posible” (y, por tanto, el control para evitarlo) sea el principal motor de las acciones individuales. Las mujeres que optan por un parto domiciliario – como hemos visto – están convencidas de que el poder decidir libremente sobre la forma de recibir a su bebé (y evitarle a él también prácticas rutinarias) es un factor de seguridad.

En conclusión, quiero destacar los siguientes aspectos:

- Los conceptos de riesgo y seguridad en las experiencias de las mujeres que dan a luz en la casa y en las comadronas que las atienden difieren de los mismos conceptos de matriz biomédica. La diferencia, en general, se debe a una visión diferente del proceso y, en consecuencia, a una práctica de atención diferente. En las trayectorias no hospitalarias el embarazo, el parto y el nacimiento no son concebidos como eventos médicos, potencialmente de riesgo; sino que son vividos y tratados como procesos fisiológicos, que se beneficiarían de la intervención médica si hubiera una necesidad real. En esta perspectiva, el concepto de seguridad es más amplio y abarca aspectos de la vida social, familiar e individual, y no sólo aspectos médicos y clínicos. Entre los primeros se encuentran el poder decidir libremente sobre cómo, dónde y con quién dar

a luz; la conciencia de que las mujeres tienen el saber y el conocimiento para llevar a cabo esta experiencia, el ser respetada en los tiempos, deseos y necesidades; el ser atendida por personas de confianza, el hacerse cargo del bebé de la manera preferida.

- El valor positivo dado al tiempo. El nacimiento y el parto son procesos que tienen en sí mismos sus propias reglas, las cuales no se pueden estandarizar de manera forzada. El respeto a los tiempos es entonces desde esta perspectiva un elemento básico de seguridad. En el parto no hospitalario, el transcurrir del tiempo no es algo que hay que mirar con sospecha.
- Compartir un camino significa sentirse co-responsable de las decisiones tomadas a lo largo del proceso, sin importar el resultado. Se trata de una co-participación que tiene que ver con la posibilidad de que haya una relación horizontal entre la mujer y la profesional (esto no significa que cada una no tenga su papel específico); y que la mujer no simplemente “se involucre” en el proceso de toma de decisión con respecto a su cuerpo y su salud, sino que sea ella la protagonista (aconsejada y acompañada por la profesional) de este proceso. El tema me parece interesante (y en gran parte inexplorado) sobretodo con relación a las trayectorias excesivamente medicalizadas. ¿Cómo explicarle a una mamá que “ha hecho todos los controles posibles”, que confiaba ciegamente en el profesional, que nunca ha planteado una duda con respecto a sus recomendaciones, el resultado negativo de un parto o embarazo? Yo creo que ampliar el concepto de seguridad tomando en cuenta los aportes de las mujeres y de las comadronas que rechazan una medicalización no necesaria, no sólo podría contribuir a que el parto hospitalario sea menos medicalizado, sino también a que los aspectos contenciosos médico-legales sean menores.

Referencias

Beck, U. (1996) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

Blásquez-Rodríguez, M. (2010) *Nosotras parimos. ¿Nosotras decidimos en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio?* Málaga: Atenea-Universidad de Málaga.

Campiotti, M. (1991) *Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio*. Varese: Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità.

Chalmers, I. (1989) "Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth". En Chalmers I., Enkin, M. y Keirse, M. J. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

Collegi Oficial de Enfermeria de Barcelona (2010) *Guías de asistencia al parto en casa*. Barcelona: Collegi Oficial de Enfermeria.

Davis-Floyd, R. (1992) *Birth as an American Rite of Passage*. Barkley: University of California Press.

Davis-Floyd, R. y Sargent, C. (1997) *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Barkley: University of California Press.

Davis-Floyd, R.; Barclay, L.; Daviss, B. A. y Trietten, I. (2010) *Birth models that work*, Berkeley: University of California Press.

Europeristat (2008) *European Perinatal Health Report*, URL: <http://www.europeristat.com>.

Europeristat (2010) *European Perinatal Health Report*, URL: <http://www.europeristat.com>.

Fernández Del Castillo, I. (1994) *La revolución del nacimiento: partos respetados, nacimientos más seguros*. Madrid: Ediciones Verticales.

Frankling, S. y Ragoné, H. (1998), *Reproducing Reproduction: kinship, power and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Fuentes, M. (2001) *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género*. Barcelona: Icaria.

Instituto Nacional de Estadística (2013) *Cifra de Poblacion y Censo demográfico*. (www.ine.es)

Istituto Nazionale di Statistica (2007) *Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari – 2005*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

Istituto Nazionale di Statistica (2012) *Compendio statistico italiano 2012*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

- Jordan, B. (1983) *Birth in Four Cultures*. Montreal: Eden Press.
- Jordan, B. (1997) "Authoritative knowledge and its construction". En Davis-Floyd, R. y Sargent, F. *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Barkley: Carolyn University of California Press.
- Lauria, L.; Lamberti, A.; Buoncristiano, M.; Bonciani, M. y Andreozzi, S. (2012) *Percorso nascita. Promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Rapporto ISTISAN 12/39. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Lock, M. y Nguyen, V. K. (2010) *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lupton, D. (1999) *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge. New York: Cambridge University Press.
- Martin, E. (1987) *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston: Beacon Press.
- Ministerio Sanidad y Consumo (2007) *Estrategia del Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo.
- Ministero della Salute (2000) *Decreto Ministeriale 24-4-2000 Progetto Obiettivo Materno Infantile - Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*. Roma: Ministero della salute.
- Ministero della Salute (2013) *Certificato di assistenza al parto (Cedap). Analisi dell'evento nascita. Anno 2010*. Roma: Ministero della Salute.
- Montes-Muñoz, M. J. (2007) *Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral en Antropología social y cultural, Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- Montes-Muñoz, M. J.; Martorell-Poveda, M. A.; Conti-Cañada, M. J. y Jiménez-Herrera, M. (2009) "Tecnología médica en el embarazo Usos y representaciones." *Periferia*, 11:1-17.
- Oakley, A. (1985), *Le culture del parto*, Feltrinelli, Milano.