

# **Parto humanizado, parto respetado. Los caminos trazados por un grupo de embarazadas para conseguir “parir en libertad”.**

Marianángeles Funes.

Cita:

Marianángeles Funes (2011). *Parto humanizado, parto respetado. Los caminos trazados por un grupo de embarazadas para conseguir “parir en libertad”*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/518>

## **PARTO HUMANIZADO, PARTO RESPETADO. LOS CAMINOS TRAZADOS POR UN GRUPO DE EMBARAZADAS PARA CONSEGUIR “PARIR EN LIBERTAD”**

Mariángeles Funes

(CONICET/CAEA)

[angiefunes@hotmail.com](mailto:angiefunes@hotmail.com)

Resumen: Debido al intervencionismo médico exacerbado durante el embarazo y el parto, y al maltrato que reciben las mujeres en los centros oficiales de salud, se han desarrollado modelos alternativos, en los que el parto es considerado un evento natural y es atendido con la mínima utilización de tecnología médica. La OMS recomienda: “Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento.” Con el objetivo de realizar una primera aproximación al tema, nos acercamos a un grupo de embarazadas que transcurrían su quinto mes de gestación y compartimos junto a ellas sus últimos meses de embarazo hasta el momento del parto. Metodológicamente realizamos una etnografía y las técnicas utilizadas fueron la observación participante y las entrevistas a usuarias del sistema de salud oficial, que han complementado la asistencia convencional de atención al parto, con un modelo alternativo. Las entrevistadas pertenecen a sectores socioeconómicos altos y medios y su nivel de instrucción es universitario. El trabajo de campo fue realizado en la provincia de Buenos Aires (Argentina) durante el año 2010. Nos centramos en los aspectos sobresalientes de las vivencias frente a la toma de decisiones de cómo parir a sus hijos sin someterse al sistema imperante, así como también en las experiencias conflictivas vinculadas a la relación médico-paciente y los límites encontrados por las usuarias en el sistema de salud oficial.

Palabras clave: parto humanizado – complementariedad terapéutica - Argentina

El presente trabajo forma parte de un proyecto mayor sobre complementariedad terapéutica y conforma uno de los capítulos del libro “Estado, política social y cultura. Reflexiones sobre los servicios de salud” (2011). En el mismo señalábamos cómo el modelo médico de atención del parto por vía vaginal ha sido objeto de creciente investigación (Chalmers, 1976; Torres 1989; JordaN, 1993; Méndez González y Cervera Montejano 2002), debido al maltrato que reciben las mujeres en el hospital y a la utilización rutinaria e innecesaria de tecnologías médicas como la posición de litotomía para la comodidad del médico, favoreciendo los desgarros perineales y perjudicando la ventilación pulmonar y la presión sanguínea de la madre (Caldeyro, 1970; Hugo 1977). A su vez, se ha comprobado que el rasurado del bello púbico puede incrementar el riesgo de infección (Seropian and Reynolds 1971); la administración de solución glucosa por vía parental puede reducir la tolerancia al dolor (Morley et al 1984); la inducción y la conducción química del parto puede ocasionar hiperestimulación con alteraciones fetales por anoxia, hemorragia intracraneal, espasmos uterinos con posible separación prematura

de la placenta y laceraciones del canal del parto y ruptura uterina (Fields, 1968; Baird 1976; MacNay et al., 1977); la episiotomía, aunque no previene desgarros, no es más fácil de reparar que éstos (Tacker and Banta 1983), no mejora la función de los músculos perineales (Gass et al., 1986; Goer 1995; Klein et al. 1994) y, además, puede producir laceraciones severas, dispareunia y pérdida sanguínea (Borgatta et al. 1989; LaVoie 1997). Debido a esto se han desarrollado modelos alternativos, en los que el parto es considerado un evento natural y es atendido, con la mínima utilización de tecnología médica, en hospitales, centros especiales o en domicilio por parteras profesionales, egresadas de escuelas de partería (Kerssens 1994; Tew 1978; National Center for Health Statistics 1998).

Aunque el *American College of Obstetricians and Gynecologists* no apoya el parto domiciliario (por temas de seguridad y la falta de estudios científicos rigurosos), lo cierto es que el parto planeado en el domicilio es una realidad cada vez más frecuente y recurren a esta alternativa las parejas que optan por una atención médica distinta a la que marcan los protocolos de atención médica oficial. Los estudios que se han realizado sobre éste tema no sólo señalan la falta de confianza en los servicios oficiales de salud públicos y privados (hospitales, obras sociales y prepagas), sino también la falta de respeto a la embarazada por la cantidad de horas que tienen que esperar para ser atendidas en la consulta médica y los excesivos estudios e intervenciones realizados durante el embarazo (Instituto Nacional de Estadística e Informática 2001; Chávez 2005; Tarqui Mamani y Barreda Gallegos 2006).

Las dificultades que se establecen entre el sistema oficial de salud y sus usuarios ha sido abordado ya por otros autores (Idoyaga Molina 2000; Kleinman 1980; Luxardo 1999; Saizar 2008), algunos por ejemplo, se han detenido en la calidad de la atención y la dedicación médica (Montgomery 2006), la disposición del médico para establecer una comunicación clara con los pacientes (Good 2006; Laplantine 1999; Montgomery 2007), la complementariedad terapéutica en enfermos terminales (Luxardo 2007; Myers et al. 2005), la implementación de terapias alternativas por parte de biomédicos (Ash 1993; Epstein 1995; Korman y Saizar 2006) y las razones éticas vinculadas a los métodos diagnósticos y tratamientos empleados por el sistema de salud rechazados por los usuarios (Luna y Salles 1995). Los pacientes esperan de la atención médica un trato más humanizado y lo hacen manifiesto en las quejas vinculadas a maltratos a nivel emocional, la falta de diálogo y la descalificación de sus conocimientos.

La Organización Mundial de la Salud en su informe sobre *Tecnologías de parto apropiadas* recomienda: “Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país” (OMS, 1985).

Con el objetivo de realizar una primera aproximación al tema, nos acercamos a la partera Raquel Shallman (1) y a uno de sus grupos de ACE (Abordaje

Corporal Emotivo) para embarazadas. En el mismo conocimos a un grupo de embarazadas que transcurrían su quinto mes de gestación y compartimos junto a ellas sus últimos meses de embarazo hasta el momento del parto.

Metodológicamente se ha realizado una etnografía y las técnicas utilizadas fueron las entrevistas y la observación participante a usuarias del sistema de salud oficial, tanto de obras sociales, como de pre-pagas, que han optado por diversas razones complementar la asistencia convencional de atención al parto, con un modelo alternativo. Las entrevistadas pertenecen a sectores socioeconómicos altos y medios y su nivel de instrucción es universitario. El trabajo de campo fue realizado en la provincia de Buenos Aires (Argentina) durante el año 2010. Nos centramos en los aspectos sobresalientes de las vivencias frente a la toma de decisiones de cómo parir a sus hijos sin someterse al sistema imperante, así como también en las experiencias conflictivas que surgieron en las entrevistas en vinculación a la relación médico-paciente y los límites encontrados por las usuarias en el sistema de salud oficial.

### **El proceso de medicalización durante el embarazo, parto y puerperio**

En estos últimos años, se asiste a una crítica a la asistencia del parto en el ámbito público y privado, poniendo el acento en los aspectos de “deshumanización de la asistencia” (asistencia impersonal, uniforme y medicalizada) (Martínez Escoriza, 2010). Entendiendo a la medicalización del embarazo y el parto como al proceso en el cual ambos son identificados y tratados como un problema médico, en términos de enfermedad o desorden, la relación mujer-medicalización se establece por ser ésta quien está biológicamente apta para engendrar, centrándose en ella las intervenciones institucionales. La mujer es más vulnerable a la medicalización que el hombre, por los procesos reproductivos naturales de su ciclo vital (Conrad, 1992). De esta manera las mujeres asumen una doble subordinación en el espacio de la consulta médica: la de género y la dada por el rol de paciente al entrar en la consulta.

Como respuesta a la práctica del intervencionismo médico exacerbado durante décadas (Krmptic, 2008), hoy asistimos a un escenario en el que son las mismas pacientes, quienes ponen en discusión la incidencia de la medicalización sobre sus vidas y la repercusión de su acción. Se posa un velo cargado de dudas sobre las intervenciones convencionales en los centros de salud y sobre la legitimación social de la atención del parto en hospitales y sanatorios, retomando las prácticas de reproducción, embarazo, parto y crianza de los hijos como procesos naturales.

En el siguiente extracto de la página de Raquel Shallman ([www.partolibre.com.ar](http://www.partolibre.com.ar)) se ilustra su perspectiva de atención y brinda algunas pautas sobre el trabajo corporal que realiza con las embarazadas:

*Da la impresión no solamente de que hay una sola manera de parir, sino que además, es la única adecuada e implica un sometimiento a estadísticas, vitaminas, instrumentos.*

*Prepararse es trabajar con el propio cuerpo. Y esto es muy diferente de hacer gimnasia, o aprender a jadear o a pujar (hecho absolutamente fisiológico en el que sólo hay que responder al reflejo, como en el caso del hambre, por ejemplo). Trabajar con el propio cuerpo, es buscarse. Descubrir qué es lo que cada cual puede y lo que no. Lo que cada una desearía o no. A qué se anima. Qué cosas le producen miedo... pero desde el cuerpo... y luego, también, desde la palabra. Es tomar el dolor y el temor, que SI existen -y que tienen su razón de ser- y aprender a utilizarlos a favor y no en contra, para favorecer el proceso. Descubrir estrategias mucho más prácticas, cotidianas, simples y cercanas que una anestesia peridural.*

*Natalia, una de las embarazadas del grupo del ACE nos relata su experiencia: En lo personal, el ACE fue muy importante. Me ayudó a encontrarme conmigo misma en el embarazo, y principalmente encontrar a la mujer que yo siempre supe que tenía adentro pero que estaba tapada. La mujer salvaje, la instintiva. Ayudó a que llegue al parto con muchas ganas de parir, y de ser posible de parir gritando mucho, de parir como una loba. Con la confianza necesaria para hacerlo de forma natural o por lo menos intentarlo. Exploré cada parte de mi cuerpo como nunca lo había hecho, me conecté con mi bebé desde otro lugar. Fue fundamental también la conexión que logré con mujeres que no conocía y que sin embargo me relacioné desde el principio sin problemas. El espacio de charla y de intimidad que logramos fue muy especial y valorado por mi.*

Para abordar la problemática planteada en torno a la medicalización del embarazo y el parto es necesario escuchar a los especialistas, profesionales, técnicos, asistentes y usuarias que se relacionan en torno a la atención de la salud. Durante los encuentros con las embarazadas eran nombrados referentes alternativos que actuaban dentro y fuera del sistema de salud oficial con una mirada más humanizada y natural sobre el proceso de embarazo, brindando la posibilidad de vivenciar un parto respetado.

Por ejemplo, uno de los referentes nombrados fue el Dr. Burgo (2) y con respecto a la relación médico-paciente en su página web ([www.partohumanizado.com.ar](http://www.partohumanizado.com.ar)) marca una posición bien definida al respecto:

*Se han acumulado muchos conocimientos en el campo científico sobre los "mecanismos" del parir y nacer, al tiempo que se fueron olvidando aquellos profundos y complejos entramados del campo social y psicológico que los sustenta. La intervención de la medicina en el área del embarazo, del parto y de la asistencia al recién nacido, parece desconocer en la actualidad la impronta humana y afectiva de este evento en su multiplicidad de aspectos. Debemos restituir al acontecimiento el carácter de hecho social que conlleva implícitamente un hecho de la salud en una comunidad de pertenencia: el conjunto de mujeres y varones con distintas y singulares inquietudes.*

*¿Cómo se presentan el parto y el nacimiento en la sociedad desde sus operadores institucionales (sociedades científicas, médicos, parteras, etc)? como un hecho "médico" sometido –como sus protagonistas-, a un proceso de medicalización, despersonalización y des-sexualización. Tal medicalización concierne al lugar del parir/nacer (sanatorio, hospital); y al tipo de intervención en este proceso (conducción activa del parto: enemas, rasurados, goteos, uso de distintos fármacos, posición acostada y sometida de la mujer, intervenciones sobre el recién nacido y separación precoz de su madre). Y todo esto es posible desde una preparación disciplinante y un llamado al orden y a "las buenas formas" que acatan satisfactoriamente un buen número de mujeres.*

*La mayoría de las mujeres atravesarán el parto sin necesidad de un dispositivo de medicalización, y lograrán una experiencia gratificante con un sostén emocional efectivo y con respeto a las contingencias propias de esta experiencia. La cultura médica ha penalizado este devenir en libertad. No desaprobamos los recursos tecnológicos que tenemos a disposición. En última instancia una operación cesárea puede ser bienvenida por los padres y su niño, pero es enormemente ingrato ver el abusivo uso que se hace de este procedimiento que muchas veces es consecuencia de una desaprensiva e incomprensible "conducción médica" del parto.*

El porcentaje de partos institucionalizados en nuestro país es del 99% (UNFPA, 2009), al igual que la tasa de nacimientos por cesárea (Villar et al., 2006). La intervención por parte de la biomedicina en la vida cotidiana, sostiene el proceso de medicalización en el cual el ejercicio del poder del personal de salud sobre los pacientes, es abalado por la "autoridad" de sus conocimientos (Agostini, 2005; Fernández Moreno, 1998).

### **La relación médico-paciente**

Romero Gorski (2006) señala la existencia de un "habitus existencial" autoritario que se vincula con una autovaloración en el imaginario de la profesión y las instituciones médicas, estableciendo relaciones asimétricas entre el médico y el paciente. A continuación, el relato de Natalia evidencia las disfunciones en la atención del sistema médico hegemónico y la necesidad de buscar una atención que satisfaga sus expectativas.

*Efectué todos los controles prenatales, desde mi tercera semana de embarazo y hasta la semana 38 con el obstetra de la prepaga, a quien elegí por cartilla médica y de quien no tenía ninguna referencia. Realicé todos los controles y estudios de rutina que me pidió sin obviar ninguno, salvo los monitoreos de las últimas semanas. Las consultas con el médico, puedo describirlas como de rutina. Quiero decir con esto que cumplió en pedirme todos los estudios y ecografías de rigor, y me controló en cada consulta, peso, presión y latidos del bebé. Respondió además las dudas que yo llevaba en cada consulta. Resultaban ser consultas cortas, precedidas por largas esperas (alcanzaron a ser de más de una hora) por cuestiones de atraso de turnos e impuntualidad lo que hacía que saliera de cada consulta bastante irritada y disconforme.*

Natalia manifiesta una atención despersonalizada por parte de su obstetra, con quien no encuentran apertura suficiente al diálogo para que pueda dar a conocer sus inquietudes personales. A su vez, se muestra disconforme con el tiempo dedicado por el especialista a ella en cada consulta y por las largas esperas antes de ser atendida, razón que puede vincularse a la sobrecarga de demanda de atención (Saizar 2008), propiciando una sensación de desprotección en el usuario.

*En cuanto a la relación con el obstetra puedo decir que se limitó al pedido de estudios de su parte y al cumplimiento de los mismos por la mía. Si bien llegamos a vernos varias veces, mi sensación es que nunca llegó siquiera a identificarme como paciente suya. Esto último debido a la cantidad de pacientes supongo y a mi intención de que así fuera, ya que siempre supe que quería tener un parto en casa y que no sería con él. Por ello puedo decir que la relación con el médico a nivel profesional no tengo nada que decir, pero a nivel humano fue nula. Quiero decir con esto que sabía de mí, lo que leía en el momento en mi historia clínica. Nunca se interesó en nada vinculado a mis deseos o expectativas para el parto. Nunca hablamos del parto en sí. Nunca conoció mi intención de parir en casa.*

La biomedicina no respeta las perspectivas de los pacientes y como se puede apreciar en el relato de Natalia, ella decide ocultar la intervención de las parteras con las que se atendería en su domicilio al parir. La perspectiva totalmente opuesta del sistema de salud oficial, genera conflictos y en muchos casos desvaloriza las estrategias elegidas por los pacientes, como ya ha sido notado por el Dr. Campos Navarro (1997) en México y la Dra. Idoyaga Molina (2002) en la Argentina.

*En relación a la partera que asistió mi parto, me contacté con ella en la semana 12 de embarazo y a partir de allí hizo un seguimiento mensual de mi embarazo en forma paralela al de mi obstetra. Ella me citaba todos los meses, y revisaba los estudios que el obstetra me pedía, clínicos y ecografías. Me controlaba la presión, la panza y escuchaba latidos. A su vez nos hablaba mucho acerca del parto en casa y nos respondía todas las preguntas que llevábamos a cada consulta. El vínculo fue creciendo a medida que nos conocimos y la confianza nuestra se acrecentó. Me imaginé desde un principio pariendo con ella. Si bien era raro que le haga consultas por teléfono o mail, siempre estuvo disponible. Las consultas en su casa llegaban a las dos horas, y resultaban ser muy amenas.*

Algunas mujeres como Natalia deciden elegir a un profesional que les sea ameno y les genere confianza durante los controles de embarazo, realizando consultas paralelas con otros médicos (3). Más allá de la actitud de los biomédicos, parte de la población valora positivamente la atención de las parteras que asisten nacimientos en domicilio, manteniendo vigente en las ciudades una práctica bastante común en zonas rurales (Idoyaga Molina, 1999)

y generando disenso no sólo entre biomédicos y usuarios, sino también entre los profesionales insertos en la práctica oficial y los que deciden brindar paralelamente otro modelo de atención, que se corresponda con una mirada de la salud más holística y contenedora frente a las instancias vulnerables de la vida, como lo es el nacimiento de un primer hijo.

El grupo de embarazadas del ACE resulta para Natalia una alternativa que, no por casualidad, se encuentra conformada por un grupo de embarazadas descontentas que intentan resistir a las formas de atención convencional y altamente despersonalizada e intervencionista que ofrece el sistema de salud oficial.

### **Los derechos de la embarazada**

Los derechos reproductivos se inscriben dentro del marco general de los derechos humanos y la dificultad que enfrentan es la capacidad del Estado de proveer la información necesaria y los medios para ejercerlos. Además las políticas internas institucionales -que no siempre se encuentran en comunión con las necesidades de las usuarias-, son irregulares, la información deficiente y no siempre se cuenta con cobertura (Fernández Monero, 1998), como señala Ivana en su relato:

*Pase por dos médicos ginecólogos y un control con la partera que asistió mi parto. Nunca deje que ninguno de ellos me realizara controles de "tacto". Pero, ninguno de ellos me lo propuso como control necesario- en los tiempos de gestación que me realice controles. Todos fueron abiertos y genere una confianza tal, que me permití decir lo que pensaba y poner en discusión las posturas –en caso de los obstetras – del tipo de parto que buscaba. El ultimo de ellos, se mostró siempre abierto a conocer más sobre este tipo de partos y a dejar abierta la posibilidad de llevar en alguna institución o espacios, partos – como èl los llamo- "partos humanizados". Pero, que se enfrentaba con todo un sistema de salud y con una conciencia "social" que imponía la sistematización de las cesáreas. En el caso de la partera, además de un solo control tuve uno o dos telefónicos para charlar sobre mi situación clínica luego de los controles con el obstetra. Esto se debió, entre otras cosas a la larga distancia que nos separaban con la partera; como a la disponibilidad que tenía de acceder a atenciones medicas "gratuitas" a través de mi obra social.*

Como también es señalado en una entrevista tomada de un estudio realizado en España: *Lo negativo del parto natural en casa es que económicamente lo tienes que pagar, es privado; el precio que pagas nos incluía desde la semana 37: 24 horas de guardia por lo que te pueda pasar, controles físicos semanales, el parto y durante toda la cuarentena las visitas y seguimiento. También te hacen una visita a tu casa, para ver cómo está la situación, te exigen que haya un hospital relativamente cerca.* (Elia, citada en Belén Rodríguez Feijóo, 2009:6)



Las condiciones socioeconómicas actúan como determinantes a la hora de decidir y regular las elecciones reproductivas en las mujeres. El conocimiento del propio cuerpo y la posibilidad de decidir sobre él, están condicionados por los profesionales con quienes se atiendan y los recursos que puedan abonar a la hora de asistir su embarazo y su parto.

*No tengo dinero para tirar en el techo, pero si tengo que usar todos mis ahorros lo hago, porque mi cuerpo lo vale, porque la manera en que venimos al mundo es una variable que pesa mucho en la vida de una persona y porque un hijo se merece lo mejor de sus padres, y es el dinero mejor invertido. (Adriana)*

Adriana como la mayoría de las embarazadas con las que realizaba los encuentros de preparación para el parto, estaba complementando el servicio de atención convencional para su embarazo con otra modalidad alternativa, con el fin de atender el parto en su domicilio. Frente a las dudas sobre su decisión, aproximadamente en el séptimo mes de su gestación decide optar por un modelo de parto sin intervención que se brinda en el marco de una institución, desistiendo del parto en domicilio.

Transcurriendo la semana 39, tiene una fisura de bolsa y tuvo que hacer frente al equipo medico -que pretendía realizarle las intervenciones médicas de rutina en éstos casos- para poder sostener el libre ejercicio de sus derechos como mujer y madre:

*Estoy de 39, 2 semanas de embarazo y se me fisuró la bolsa desde hace 1 o 3 días. Hoy miércoles al mediodía me tendrían que estar haciendo una cesárea programada anoche martes, que creo sería innecesaria...que loco decir eso, cuando el equipo de Parto Sin Intervención (PSI) del Hospital Austral que me venia siguiendo promueven y valga la redundancia un parto sin intervención y respetado rompiendo varios protocolos del mismo hospital. Pero porqué no pueden esperarme con una fisura de bolsa que había dejado de perder desde ayer al mediodía hasta ayer a la noche que lamentablemente al tactar vuelve a empezar a salir? Era necesario que me tacten? cuando la OMS recomienda no tactar en caso de fisura hasta que se desencadene el trabajo de parto. Porqué pueden esperar muchos días en casos de embarazos prematuros y no pueden esperar cuando estoy a termino, sabiendo que falta horas o días para que se desencadene el parto? Porqué pueden hacer correr en riesgo la salud de la madre y el bebé en esos casos mas vulnerables y no en estos mas saludables? Porqué prefieren una cesárea ahora y no provocar una inducción? al fin y al cabo ambas son intervenciones y una inducción es un punto intermedio, y una posibilidad mas hacia un parto vaginal. No entiendo porque ayer al mediodía, Laureana, la partera del Austral me ha dicho que podemos esperar días, hasta una semana, y a la noche me dice que no, que hay que seguir los protocolos de una institución, que si yo confié en el Equipo de PSI medico tengo que aceptar lo que ellos deciden. Son ambivalentes en sus dichos, como confiar? Dónde esta el derecho del paciente, donde esta el diálogo con el paciente, porque se enojan y no escuchan un punto diferente? (Adriana)*

El poder médico profesional y la tecnología avanzan desdibujando la centralidad exclusiva en el cuerpo de la mujer, sobre el cual la racionalidad médico-científica ha instaurado su dominio (Cervantes, 1995; Bordes, 2008). La acción médica convierte a la población en población usuaria, trasladando la capacidad de decisión individual de la pareja al escenario institucional, donde el poder médico tiene libertad de actuación y decisión sobre los partos que naturalmente se desarrollaban en el ámbito privado. Medicalizando e institucionalizando el proceso de tomas de decisiones sobre el embarazo y el nacimiento, se coarta el libre ejercicio de los derechos de la mujer embarazada (Salles y Tuirán, 1995).

*Entre una cesárea ahora, prefiero intentar un camino mas, que se provoque el parto hasta donde se pueda. Es que me da más miedo y depresión ir al quirófano ahora, que probar otros caminos, como ir a atenderme a un público, o parir en casa si todo marcha bien. Es que no es solo cuestión de como nace un bebé, sino que someto mi cuerpo a una cirugía mayor mas. Es una locura estar viviendo estos dilemas en estos momentos finales de mi embarazo, pero peor seria estar en un quirófano sin haber agotado todas las posibilidades. (Adriana)*

Se genera un desacuerdo evidente en la relación médico-paciente cuando la madre manifiesta su intención de llevar adelante un parto vaginal, esta decisión no es biomédicamente aceptable e implica una situación de alto riesgo en el esquema biomédico. Ante la incomprensión que padecen Adriana y su pareja, prefieren acudir a otro tipo de atención como el que brindan diversas parteras y obstetras re-incorporando la modalidad alternativa.

Por otra parte, el relato de Adriana ilustra el incumplimiento de derechos ya reconocidos desde la declaración de Teherán en 1968, y en la Primera y la Segunda Conferencia Mundial de Población de Naciones Unidas en 1974 y 1984, en las que ya se reconocía el derecho humano sobre la capacidad de decidir en el ámbito de la reproducción. Como así también la determinación de la Conferencia Mundial de Población de 1975 en la que se estableció la inviolabilidad del cuerpo de la mujer, reconociéndolo como elemento básico de dignidad y libertad (Freedman e Isaacs, 1993; Fernández Moreno, 1998).

En Argentina en el año 2004 se han legislado los “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento” (Ley nacional N° 25.929), considerando las sugerencias que la OMS viene promoviendo desde el año 1985. En su promulgación coinciden en que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene derecho:

*a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.*

*b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.*

- c) *A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.*
- d) *Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.*
- e) *A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.*
- f) *A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.*
- g) *A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.*
- h) *A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.*
- i) *A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.*
- j) *A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.*
- k) *A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.*

Pese a la normativa que establece la aplicación de esta ley tanto al ámbito público como privado, quedando incorporadas de pleno derecho al programa médico obligatorio, la mayoría de las parejas desconocen sus derechos (Findling et al. 2011) y manifiestan sentirse atropelladas en sus decisiones por el modelo de atención oficial, decidiendo optar por modelos de atención que les aseguren el cumplimiento de los mismos, para transcurrir su embarazo y el parto juntos y con libertad.

*Tengo un marido, compañero, que se ha interesado y participado en todo mi embarazo y esta dispuesto a pelear lo que sea necesario, sin el no hubiera podido hacer esto. Siento que internalice como realidad en mi estas últimas lecciones de vida: "yo puedo", "yo soy la protagonista de mi parto", "yo tengo que elegir lo que quiero", "yo tengo que decir no cuando así lo considero"... es que uno no puede saber todos los posibles protocolos que quizás tenga que ser necesario que pase y así entonces decir, si quiero o no quiero que me atiendan en este hospital. Uno solo contempla los protocolos que si o si va a ser sometido. (Adriana)*

Cada embarazada cuenta con la suficiente autonomía para decidir la continuación o suspensión del seguimiento de su embarazo bajo una atención obstétrica convencional o el modo de intervención durante su parto. Natalia, como muchas otras mujeres motivadas por el derecho a recibir información sobre su estado de gravidez y las diversas formas de dar a luz, acude a charlas y lee toda aquella bibliografía que pueda orientarla a tomar una decisión terapéutica independientemente del tratamiento que dispone el sistema de salud oficial, y que sea más cercano a sus representaciones sobre el alumbramiento.

*Antes de quedar embarazada leí mucho acerca de todo lo vinculado al parto respetado, y a las maneras poder tener un parto natural, sin intervenciones innecesarias y priorizando el vínculo madre/bebé desde el principio. Las opciones no eran muchas, ya que en nuestro país, los partos en instituciones siguen las pautas que cada institución impone, sin importar lo que cada mujer desee para su parto.*

*Después de leer en internet numerosas historias de partos en casa, supe que lo que quería era eso. Eso quería para mi bebé y para mí. Intimidad, respeto a los tiempos naturales, nada de invasiones ni intromisiones de extraños en algo que era natural y mío. Consultado el tema con mi marido y desde el inicio de mi embarazo, llegué a la decisión de parir en casa, libre y evitando el riesgo de manipulación médica, y rutinas innecesarias e invasivas.*

En Internet se puede obtener información, por ejemplo, sobre las charlas gratuitas que realiza una vez por mes LIBERPARTO con un equipo que brinda un espacio para re-pensar el nacimiento a partir de la proyección de videos con filmaciones de partos no intervenidos, para informar sobre los cuidados y el respeto que toda embarazada merece recibir.

A su vez, la ONG “Dando a Luz” defiende los derechos de las usuarias a un parto respetado y seguro. Entre la información que se brindan en éstos espacios se destaca que hay menos intervencionismo e infecciones en los partos domiciliarios que en los hospitalarios; así como un menor número de partos pre-término y bajo peso en los partos asistidos en domicilio que en los hospitalarios. Pese al reconocimiento de estos datos, en el ámbito profesional no existe suficiente bibliografía para apoyar el parto en domicilio (Martínez Escoriza 2010). Razón por la cual es necesario informar a los padres que lo solicitan de los datos disponibles (Wax, et all 2010; González de Dios, et all 2010) y debidamente informados, poder elegir la forma en que desean parir con la mayor garantía de seguridad para la madre y su hijo.

## **Parir en libertad**

Se ha reconocido a la mujer como el sujeto sobre el cual recae el peso del discurso académico referido a las prácticas reproductivas (Oliveira, 1995). Razón por la cual es importante reconocer la voz de las mujeres sobre su salud reproductiva, ya que es el sujeto sobre el que se conceptualiza y acciona desde

el rigor médico y desde las prácticas alternativas de asistencia al parto. A continuación expondremos el relato del parto domiciliario de Ivana, una de las embarazadas que realizó la preparación para el parto con Raquel Shallman, la partera que citamos anteriormente.

*La madrugada del domingo me sorprendió, una vez más con algunas raras molestias. Contracciones, seguramente. El descanso de la noche se presentaba de difícil llevar. A poco de reconciliarme con el descanso esas sensaciones volvían a golpear en las puertas del sueño, una y otra vez.*

*No lograba conciliar el sueño. Termine por levantarme a ordenar y cocinar algunas cosas para ese día, que asomaba en su madrugada más oscura, profunda. Mientras el silencio de la noche era perturbado por el ruido de mis pasos y la radio que me hacía compañía, las molestias se iban traduciendo poco a poco, y con una claridad asombrosa, en las famosas contracciones dilatantes. Bastante espaciadas, sin ritmo. Caminaba, me ponía en cuclillas o intentaba bailar al ritmo del jazz que sonaba en la radio, para pasar por cada contracción. Germán dormía; y no tenía sentido despertarlo por algo, que aún no se presentaba del todo claro. Pero mis sospechas me hacían pensar que sí por casualidad todo estaba por llegar era mejor descansar. Abandone las tareas. Regrese a la cama, junto a Germán, que se despertó sorprendido al verme llegar. Alcance a explicarle mis sensaciones; intentando dejarlo tranquilo. Aún nada estaba del todo claro. Ya en el descanso todo se volvió más lento, menos preciso. Pero, cuando el sol asomó, como a las siete de la mañana las contracciones no eran rítmicas ni progresivas -como Raquel nos anticipo- pero, sin embargo estaban siendo dilatantes.*

*Al medio día todo parecía calmar. Menguar. Decidimos conciliar un poco el sueño. Pero, antes nos comunicamos con Edith, nuestra partera. Para tenerla al tanto de todo lo acontecido y a la espera de novedades.*

*Al término de una pequeña siesta reconciliadora y reconfortante, aparecieron nuevas contracciones alrededor de las tres de la tarde. Una de ellas me impulso a incorporarme de la cama. ¿La bolsa de las aguas se había roto? Teníamos dudas, pero parecía casi evidente.*

*Sonaban casi las cinco de la tarde, las contracciones se habían vuelto rítmicas y progresivas desde hacía casi dos horas. Desde aquí, para mí algunas cosas se vuelven difusas; o difícilmente logro acomodar correctamente el orden de lo que sucedió. Pero tengo la certeza de que el tiempo en mi cuerpo transcurrió más rápido de lo que marcaron las agujas del reloj. Mi tiempo no tuvo registro de convenciones. Todo se transformo en instinto. Comencé a hacer una extraña fuerza. ¡A pujar!*

*Nos quedamos en el baño. Los dolores eran intensos y como los había descripto Raquel. Estaba pujando.*

*Desde hacía un rato había dejado de hablar. Me concentraba en lo que me estaba pasando por el cuerpo. Casi todo lo expresaba con señales, que Germán tenía por misión descifrar. El dolor seguía siendo intenso. De a ratos sentía el miedo de no poder llegar hasta el final. Miedo a cansarme o miedo a*

*no poder soportar lo que restaba hasta el final. Le pedía a Germán; que si me veía claudicar me diera fuerzas.*

*Él en su rostro expresaba preocupación. Me acompañaba en silencio, atento a cuanto yo necesitase. Pero, para él también, las horas pasaban y el dolor no lo podía sentir en su cuerpo, pero podía presumir el mío.*

*Yo transpiraba de sobremanera y mis ojos se cerraban luego de cada contracción, buscando el descanso y la recuperación para pasar la próxima. En algunas me sostenía en los brazos de Germán, haciendo mucha fuerza sobre su cuerpo. Quizás, esto ayudaba, también, a que él sintiera algo de lo que me estaba pasando por el cuerpo. Decidí refrescarme debajo de la ducha, con la esperanza de que, quizás el agua pudiese amortiguar el dolor.*

*El agua me calmo. Mientras Edith ya había llegado junto a Ana, su asistente, y con ellas la tranquilidad de sentirnos acompañados. Eran cerca de las siete de la tarde cuando llegaron, me confirmo, luego Germán. Al revisarme Edith confirmo nuestras sospechas. Hiji estaba en la puerta de salida, faltaba muy poco para que el parto se concretara. Me inspiro su afirmación. “Cuando vos quieras tu hijo va ha nacer”. Me emocioné. Estaba decidida a pujar para que llegara el parto. Salí de la ducha y nos trasladamos al comedor. Edith, me propuso buscar un lugar, cómodo para que todo sucediera.*

*El sillón resultaba para mí más cómodo. Antes de acomodarme fiel a la locura pedí cubrirlo antes de empezar a pujar allí. Sobre él apoyaba mis manos para incorporarme, pero no del todo, a medio camino. Pujando para que pudiera salir Amanda. No recuerdo cuantas veces fueron, pero a cada una la acompañaba con un grito, que salía de las entrañas mismas de mi útero, abierto, dispuesto. Pedí agua. Tenía frío y me trajeron una sábana para taparme. Germán miraba junto a las parteras mi vagina con una linterna. Sonreía, porque el podía ver la cabeza asomar a cada puje. Me sugirieron tocar para poder sentir lo que ellos podían ver. Eso me dio más ánimo. Faltaba aún menos que cuando llegaron las parteras. Volví a pujar y a gritar con furia. Edith me sugirió que ese grito fuera metido para dentro para economizar la energía en cada puje.*

*Me cansaba y paraba. Edith y Ana me alentaban: “ya esta acá, tu hijo va ha salir cuando vos estés dispuesta a dejarlo salir”. Recuerdo que mire a Germán y le dije, bueno vamos a saber sí es nena o varón; como dando principio al fin. Volví a tomar fuerza. Metí el grito para adentro, mi vagina comenzaba a quemarme. Sentía que mi cuerpo se estaba abriendo y que la cabeza de mi hiji presionaba con gran fuerza para salir. Tome aire, descansé, me senté. Respire profundo y me levante, nuevamente; ya decidida a pujar hasta que viera a mi hiji salir de mí. Hasta parir. Recuerdo que este último puje fue mas largo, que respire profundo y a la mitad volví a hacerlo sin dejar de hacer fuerza, sin dejar de pujar. La cara de las parteras me anunciaba el final: ¡ya sale!. Y salió. Salió como volando, rápido. Luego que saliera su cabecita todo su cuerpo se presentó. Germán me sostenía. Aún no sabíamos de su sexo y estaba sobre mi pecho. Ya estaba, acá, con nosotros. Había llegado Amanda a nuestro presente. Eran las 19:16 del ocaso de aquel día.*

*Después, fue tiempo de esperar unos minutos para cortar el cordón que la unía a mi cuerpo. Este fue el turno de Germán. Él se encargó.*

*El despojo de la placenta, la sutura de un punto y un nudo por un desgarro natural en la zona del periné fueron cosas minúsculas, ya. Pero, estaba esperando poder descansar. Cerrar mis piernas.*

*Luego, fueron suspiros, sonrisas. Tranquilidad. Una tranquilidad indescriptible pero, tan tangible como Amanda. La noche nos encontró con el cuerpo de nuestra hija en brazos.*

La historia de la asistencia al parto es muy variada en función de quién la cuenta. El parto y nacimiento de una criatura es un acontecimiento especial, que lleva asociada una carga emocional como vivencia íntima, única y personal en la biografía de una mujer (Martínez Escoriza, 2010).

La elección de parir de manera “natural”, humanizadamente y con la mínima y estrictamente necesaria intervención médica se debe a buenas o malas experiencias vividas por la madre en un parto anterior o por los relatos de amistades o en su familia (Dierna et al 2000). En el caso de Ivana, su cuñada había parido en su domicilio el año anterior a que ella quedara embarazada.

Como podemos ver en su relato, la intervención de las parteras fue mínima, a diferencia de otros partos hospitalizados, en los que durante las contracciones se le pide a la embarazada que complete planillas con sus datos, firme consentimientos informados sobre las posibles intervenciones a realizar, lo que implica la firma de un documento en blanco que genera preocupación en la madre y alivio a los médicos que intervienen sabiendo que están cubiertos de alguna manera contra una posible mala praxis, así como también tener que soportar comentarios poco convenientes para el momento por parte del equipo y la cantidad -infinita a veces- de tactos que realizan parteras, obstetras y residentes una y otra vez durante un parto tedioso. Como señalan Tarqui Mamani y Barreda Gallego (2006): “... la falta de apoyo, la soledad, la sensación de abandono, las actitudes discriminativas, el aislamiento de sus seres queridos, el maltrato físico o psicológico, son sucesos que no se olvidan fácilmente, debido a la sensibilidad, la susceptibilidad y vulnerabilidad que presenta la mujer como producto del proceso de gestación, situación que se agudiza en el momento del parto.”

En la realización de las entrevistas para éste trabajo, las parturientas dieron especial valor a la atención recibida por las parteras y médicos que los asistieron en domicilio, sintiéndose apoyadas y protegidas durante todo el trabajo de parto y el momento del alumbramiento, atesorando ese momento de sus vidas. Estas experiencias se contraponen a lo narrado por embarazadas que provienen de embarazos anteriores con malas experiencias por la intervención médica recibida. Los pacientes reclaman la unificación de los diversos aspectos que componen al individuo con tratamientos holísticos que coincidan con una concepción de la salud más armoniosa que contenga emocionalmente al paciente y su familia.

## Conclusión

A partir de los años 70, la atención al parto pasó del ámbito domiciliario al hospitalario, con la intención de universalizar la asistencia y aportar justicia y equidad a todas las gestantes, propiciando los recursos sanitarios favoreciendo el acceso a los avances médicos y tecnológicos en todos los sectores sociales (Filloi, 2007). Debido al incremento de las demandas judiciales, en los años 90 los sectores médicos toman una actitud defensiva que desencadena un excesivo intervencionismo (partos instrumentados y cesáreas), que no incidieron en la mejora de los resultados perinatales (Martínez Escoriza 2010). Desde principios de este siglo, algunos sectores médicos comenzaron a ocuparse de modificar algunas rutinas de intervención protocolares (rasurado, enema sistemático, postura para el expulsivo, entre otras), consecuencia de una práctica no reflexiva.

Ésta confrontación de opiniones y prácticas sobre el embarazo y el parto no favorece la libre elección a la que tienen derecho las mujeres sobre qué tipo de atención quieren llevar adelante. En este sentido coincidimos con Martínez Escoriza (2010): "Más que una ruptura con lo anterior se trata de incorporarse a un proceso "evolutivo" donde los pasos que hay que dar tienen sentido en tanto en cuanto suponen un ir avanzando en una mejor asistencia al parto. Es decir, de beneficiarse de los progresos demostrados, descartar las prácticas no fundamentadas en evidencias e incluir prácticas que se abandonaron y que, ciertamente, pueden hacer más fácil y cercana la asistencia al nacimiento y el inicio de la lactancia."

Una mujer muere cada minuto en el mundo por complicaciones del embarazo y parto natural, sin atención especializada (Bajo Arenas 2008). Razón por la cual es necesario que todas las embarazadas gocen del beneficio de una adecuada información y atención que no ponga en riesgo la salud de la madre y el neonato, permitiendo que pueda prever el acceso al personal y medios adecuados y preparados. No se puede dogmatizar la idoneidad de un modelo u otro, pero sí es necesario respetar el deseo de quien quiere llevar adelante un parto vaginal, con un marco legal que lo contenga y preserve en sus derechos. Así como quien necesite recibir atención en un hospital lo haga con todos los criterios de respeto y humanización, buscando modos de asistencia que acompañen ese momento tan único en la vida de una mujer como es el nacimiento de sus hijos.

## Notas

1. Raquel Schallman es obstétrica recibida en la Universidad de Buenos Aires hace más de 40 años. Egresada de la Escuela de Técnicas Corporales en 1985, investigó sobre el abordaje corporal en el embarazo ideando un sistema propio, que difunde en cursos de formación. Actualmente asiste partos domiciliarios e institucionales con la ideología del "parto libre". Página web: [www.partolibre.com.ar](http://www.partolibre.com.ar)



2. El Dr. Burgo es miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) , así como de la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (AAGOP). Participa del Foro de Profesionales por la Humanización del Parto y del Nacimiento y de la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y del Nacimiento (RELACAHUPAN). Página web: [www.partohumanizado.com.ar](http://www.partohumanizado.com.ar)

3. Finding et al. (año) señalan que muchas parejas debido a los conflictos que se creaban con las embarazadas en los centros de salud y la desconfianza que les generaban las instituciones médicas, las pacientes deciden ir en búsqueda de otras opciones de atención.

## **Bibliografía**

AGOSTINI, C. (2005) Discurso medico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México entre fines de siglo XIX y comienzos del siglo XX. En: Armus, D. (Comp.) Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970. Lugar Editorial.

ASH, M. (1993) *The Zen Recovery*. New York: Tarcher/Putnam.

BAIRD, D. (1976) Induction of labour. *Br. Med J*; Vol.1: pp.896-916.

BAJO ARENAS, J. (2008) Parto no intervenido. MG Ed ICM 3 En: [www.sego.es](http://www.sego.es)

BORDES, M. (2008) Repensando la construcción del cuerpo en la biomedicina. En: Krmpotic, C. (Comp.) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Ed. Espacio.

BORGATTA, L.; PIENING, SL. y COHEN, WR. (1989) Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. *J Obstet Gynecol*; Vol.160: pp.294-297.

CALDEYRO, BR. (1970) Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *J Obstet Gynecol* Vol. 80: pp.284-290

CAMPOS NAVARRO, R. (1997) *Nosotros los curanderos*. Ed. Nueva Imagen. México.

CHALMERS, I. (1976) British debate on obstetric practice. *Pediatrics* Vol.58:pp.308-311.

CHÁVEZ, M. y CASANUEVA, E. (2005) Uso de servicios preventivos de salud materno-infantil en grupo de mujeres mexicanas. *Rev Salud Pública* (Bogotá). Vol. 7(1):pp.16-25

CONRAD, P. (1992) Medicalization and social control, en *Annual Rievew of sociology*.

DIERNA, R.; SALAZAR, X.; VARGAS, R; NARCARADO, P. y VARGAS, C. (2000) El parto de la Vida en Los Andes y Amazonía del Perú. Informe Final. Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud del Perú y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) Lima: Tarea Gráfica Educativa; p. 255.

EPTEIN, M. (1995) *Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective*. New York: Basic Books.

FERNÁNDEZ MORENO, S.Y. (1998) Aproximación teórico-metodológica a los estudios en salud reproductiva. *Papeles de Población*, abril-junio, número 016. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. pp.63-81.

FIELDS, H. (1968) Induction of labor: Methods, hazards, complications and contraindications. *Hosp Top*; Vol. 46: pp. 63-66.

FILDLING, L. et al. (2011) Maternidad, redes sociales y (des)-integralidad: las experiencias de las mujeres de sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. En: Roseni Pinheiro e Paulo Henrique Martins (Comp.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. CEPESC-IMS/UERJ Editora Universitaria UFPE - ABRASCO

FILLOL, M. (2007) El parto “no intervencionista” y la prevención del suelo pélvico. *Suelo Pélvico*. Vol. 3: pp.1-2.

FRIDMAN, LP. y ISAACS STEPHEN, L. (1993) Human Rights and Reproductive Choice, *Studies in Family Planning*. Vol 24 N°1 México

GASS, MS; DUNN, CD. y STYS, SJ. (1986) Effect of episiotomy on the frequency of vaginal outlet lacerations. *J Reprod Med* Vol. 31:pp.240-244.

GOER, H. (1995) *Obstetric myths versus research realities: A guide to the medical literature*. Westport: Bergin and Garvey, 1995.

GOOD, C. (1987) *Ethnomedical Systems in Africa*. New York: The Guilford Press.

GONZÁLEZ DE DIOS, J. y BUÑUEL ÁLVAREZ, J.C. (2010) El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario. *Evid Pediatr*; Vol. 6:pp.59.

HUGO, M. (1977) A look of maternal position during labor. *J. Nurse Midwifery*; Vol.12:pp.22-26.

IDOYAGA MOLINA, A. (2000) La calidad de las prestaciones de salud el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. *Scripta Ethnológica* XXII.

----- 1999 *Reproducción, sexualidad y aborto. Nociones y prácticas de mujeres indígenas y campesinas de la Argentina*. Buenos Aires: CAEA/CONICET

----- 2002 *Culturas, enfermedades y medicinas*. Buenos Aires: CAEA/IUNA

JORDAN, B. (1993) Birth in four cultures. A crosscultural investigation of child-birth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States. 4ª edición. Chicago: Waveland.

KERSSENS, J. (1994) Patient satisfaction with home-birth care in The Netherlands. *J Adv Nurs*; Vol. 20:pp.344-414.

KLEIN, MC; GUTHIER, RJ; ROBBINS, JM; KACZOROWSKI, J; JORGENSEN, SH; FRANCO, ED. (1994) Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *J Obstet Gynecol*; Vol.171:pp.591-598.

KLEINMAN, A. (1980) *Patients and healer in the context of cultura*. An exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press.

KORMAN, G. y SAIZAR, M. (2006) Psicoterapia y Yoga. La inclusión del Yoga como terapia complementaria en los tratamientos psicoterapéuticos cognitivos en Buenos Aires (Argentina). *Revista Brasileira de Sociología de las Emociones (RBSE)*, XV (13).

KRMPOTIC, C. (2008) Medicalización de la vida cotidiana. En: Krmpotic, C. (Comp.) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Ed. Espacio Buenos Aires

LAPLANTINE, F. (1999) *Antropología de la Enfermedad*. Buenos Aires, Ed. del Sol.

LA VOILE, A. (1997) Episiotomy may be overused. *J Obstet Gynecol*; Vol. 176:pp.411-414.

LUNA, F. y SALLES, A. (1995) *Decisiones de vida o muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

LUXARDO, N. (1998) El cientificismo y las modalidades de atención en los centros de salud del Gran Buenos Aires. *Scripta Ethnológica* Vol XX

----- 2007 Las alternativas del cáncer. Configuración y dinámica de un campo de búsqueda de acciones terapéuticas no formales. Tesis Doctoral. Universidad de Buenos Aires.

MAC NAY, Mb; MC LAWAINE, GM; HOWIE, PW y MAC NAUGHTON, MC. (1977) Perinatal deaths: Analysis by clinical cause to asses the evaluate of induction of labour. *Br Med J*; Vol.301:pp.247-350

MARTÍNEZ ESCORIZA, J.C. (2010) Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en hospital? *Evid Pediatr*.Vol.6:p.46

MAX, JR; LUCAS, FL; LAMONT, M; PIETTE, MG; CARTIN, A y BLACKSTONE, J. (2010) Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *J Obstet Gynecol*, Vol. 203:pp.1-8.

MAX, JR; PINETTE, MG y CARTIN, A. (2010) Home versus hospital birth-process and outcome. *Obstet Gynecol Surv*. Vol. 65:pp.132-40.

MÉNDEZ GONZALEZ, RM y CERVERA MONTEJANO, MD. (2002) Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Pública Mex* Vol. 44:pp.129-136.

MONTGOMERY, K. ( 2007) *How Doctors Think. Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. New York: Oxford.

MORLEY, G; ARSHAG, DM; ALLEN, L y MORLEY, J. (1984) Mechanism of pain in diabetic peripheral neuropathy: Effect of glucose on pain perception in human. *J Med* Vol. 47:pp.79-82.

MYERS, L. (2005) Complementary Therapies and Childhood Cancer. *Cancer Control*, 12 (3).

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. (1998) New study shows lower mortality rates for infants delivered by certified nurse midwives. Rockville: National Center for Health Statistics Press Office; Vol. 301:pp.436-551.

OLIVEIRA, O. (1995) "Familia y relaciones de género", Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, Conferencia presentada en el Colegio de la Frontera del Norte, Tijuana, México.

RODRÍGUEZ FEIJÓO, AB. (2009) El "peixet". La experiencia de parir en casa. *Index Enferm* v.18 n.1 Granada ene.-mar.

ROMERO GORSKI, S. (2006) Modelos culturales y sistemas de atención de la salud. En: Portillo J. y Rodríguez Nebot J. (Comp) *Las otras medicinas*. Instituto Goethe.

ROMNEY, M. y GORDON, H. (1981) Is your enema really necessary? *Br. Med J* 1981;282:1269-1274

SAIZAR, MM. (1998) Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente. En: Krmpotic C. (Comp) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Ed. Espacio

SALLES, V. y R. TUIRÁN (1995) Primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico analítica para el programa de salud reproductiva y sociedad de El Colegio de México, *Serie reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, Año 1 N° 6.

SEROPIAN R; REYNOLDS B. (1971) Wound infections after preoperative depilatory versus razor preparation. *J Surg* Vol.121:pp.251-258

SHALLMAN, R. ([www.parirenlibertad.com.ar](http://www.parirenlibertad.com.ar))

TACKER, SB y BANTA D. (1983) Benefits and risks of episiotomy: An interpretative review of the English language literature, 1960-1980. *Obstet Gynecol Surv*; Vol.38:pp.322-338.

TARQUI MAMANI, C. y BRREDA GALLEGOS, A. (2006) Elección y preferencia del parto domiciliario en Callao, Perú. *Revista de Salud Pública*, noviembre, año/vol 8, número 003 Universidad Nacional de Bogotá, Colombia pp.214-222

TORRES, A. y REICH, M. (1989) The shift from home to institutional childbirth: A comparative study of the United Kingdom and the Netherlands. *J. Health Serv*; Vol.19:pp.405-414

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1977) Care in normal birth: Report of a technical working group. En: [www.who.int/reproductive-health/publications](http://www.who.int/reproductive-health/publications)