

Original

Alcance de la implementación en Cataluña de las estrategias de salud reproductiva (2008-2017)

Marta Benet^{a,d,g}, Ramon Escuriet^{c,d}, Manuela Alcaraz-Quevedo^e, Sandra Ezquerro^{a,b,f} y Margarida Pla^{a,g,*}

^a Grupo de Investigación en Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas, Barcelona, España

^b Departament de Ciències Socials i del Benestar, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Barcelona, España

^c Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^d Escuela Superior de Enfermería del Mar, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^e Departamento de Salud Pública de Valencia, Valencia, España

^f Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Barcelona, España

^g Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil, Universitat de Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de mayo de 2017

Aceptado el 1 de febrero de 2018

On-line el xxx

Palabras clave:

Política pública

Servicios de salud reproductiva

Parto humanizado

Participación del paciente

Investigación en servicios de salud

Investigación cualitativa

Etnografía

R E S U M E N

Objetivo: Analizar la implementación de las estrategias de salud reproductiva en las actividades cotidianas de los servicios y la transformación de las prácticas de profesionales y usuarias.

Método: Investigación cartográfica de tipo etnográfico multilocal orientada a captar los procesos de transformación. Técnicas de generación de datos: observación participante y entrevistas situadas. Análisis del discurso del corpus textual a partir de tres líneas de acción promovidas por las estrategias.

Resultados: Se observan elementos de transformación en: 1) desmedicalización: aumento de la competencia y autonomía de la matrona, cambios en las episiotomías y facilitación de prácticas de vínculo; 2) calidez en la atención: incorporación de las necesidades y expectativas de la mujer y mejoras en la confortabilidad de los espacios en partos fisiológicos; y 3) participación: acciones que favorecen la toma de decisiones compartida y mayor implicación de la persona acompañante.

Conclusiones: La transformación se visibiliza sobre todo en la incorporación de nuevas actitudes, nuevas sensibilidades y nuevas praxis que empiezan alrededor de las viejas estructuras, especialmente en la atención al parto fisiológico. Los espacios más tecnificados han sido menos permeables al cambio. La gestión del riesgo en la toma de decisiones y el abordaje de la diversidad se identifican como campos en los que la transformación es menos evidente.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The extent of the implementation of reproductive health strategies in Catalonia (Spain) (2008-2017)

A B S T R A C T

Objective: We analyse how reproductive health strategies have been incorporated into the everyday activities of the services and the resulting transformation of professional and user practices.

Method: Cartographic research taking a multi-sited ethnographic approach that seeks to reveal the processes of transformation. Data generation techniques featuring participant observation and situated interviews. Discourse analysis of the text corpus using three analytical axes based on three main lines of action promoted by the strategies.

Results: We identified transformations in: 1) demedicalisation: an increase in midwives' know-how and autonomy, changes in episiotomy practice and the facilitation of bonding practices; 2) warmth of care: incorporation of women's needs and expectations and improvements in the comfortableness of birth settings, especially in assistance at physiological birth; and 3) participation: actions that foster shared decision-making and the involvement of the persons accompanying women in labour.

Conclusions: Above all, transformation is visible in the incorporation of new attitudes, sensibilities and practices that have developed around the old structures, especially during physiological childbirth. The more technological areas have been less permeable to change. Risk management in decision-making and addressing diversity are identified as areas where transformation is less evident.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Public policy

Reproductive health services

Humanizing delivery

Patient participation

Health services research

Qualitative research

Ethnography

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: m.pla@ub.edu (M. Pla).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.004>

0213-9111/© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Entre 2007 y 2011 se producen en España una serie de cambios normativos en materia de salud sexual y reproductiva que se materializan con la publicación e implementación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)¹ y la Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)². Ambas se desarrollan dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud³ con el objetivo de «garantizar la legitimidad y sostenibilidad social de los sistemas públicos de salud».

La elaboración de ambas estrategias implicó a diferentes actores y actrices sociales: organizaciones de mujeres, profesionales de la salud, instituciones sanitarias estatales y autonómicas, y sociedades científicas. Este proceso participativo se lideró desde el Observatorio de Salud de las Mujeres, que contaba en aquel momento con una trayectoria previa de trabajo con las asociaciones de mujeres. La implicación de asociaciones de usuarias en la construcción de las estrategias representa una oportunidad para dar visibilidad y legitimidad a algunas de sus reivindicaciones en materia de derechos sexuales y reproductivos, así como una apuesta para incorporar su experiencia (*experiential expertise*)⁴ a la construcción de una política sanitaria.

La EAPN y la ENSSR tienen como objetivo transformar el modelo de atención en salud sexual y reproductiva con la incorporación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y las directivas europeas en materia de derechos sexuales y reproductivos, que se reconocen como una necesidad básica de salud y un derecho humano⁵. Este proceso de cambio se produce en un contexto de atención a la maternidad muy medicalizado⁶⁻⁸, razón por la cual también desde organismos internacionales, organizaciones de mujeres y colectivos profesionales se instó a adoptar medidas para humanizar el proceso⁹⁻¹¹.

El cambio de paradigma se basa en la desmedicalización de los procesos fisiológicos, la participación de las mujeres (y su entorno) en la toma de decisiones y una mayor calidez en la atención con un enfoque integral y biopsicosocial¹² (tabla 1). A pesar de la voluntad de cambio explícita y de la existencia de líneas de financiación finalistas para su implementación, ambas estrategias proponen objetivos y recomendaciones de buenas prácticas de adhesión voluntaria, sin concreción sobre cómo deben materializarse¹².

Una vez publicadas las estrategias, las comunidades autónomas son las que tienen las competencias sanitarias para desarrollar planes y programas que impulsen los cambios. En Cataluña, las acciones de implementación se canalizan a través del Programa de Atención al Parto Normal^{14,15}, que es de adhesión voluntaria y está basado en tres líneas de acción: a) dar soporte técnico y económico a los hospitales; b) sensibilizar a los/las profesionales sanitarios/as; y c) promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones.

Esta investigación tiene como objetivo analizar el proceso de transformación de las prácticas profesionales, en el período de la implementación de las estrategias, en los contextos de cotidianidad de los servicios de atención a la maternidad. Asumimos que las estrategias pueden actuar como un dispositivo de cambio a nivel micropolítico, al incidir tanto en las normas de funcionamiento (explícitas e implícitas) de las instituciones como en los contextos de interacción de usuarias y profesionales, y reconfigurar las expectativas y los esquemas de interpretación de las personas implicadas.

Métodos

Diseño

El estudio se realizó en Cataluña entre 2014 y 2016, cuando ya se habían producido diversas transformaciones en las competencias profesionales, la organización de los servicios y las demandas de las

mujeres en el ámbito de la maternidad. Para visibilizar el proceso de transformación se realizó una investigación cualitativa de inspiración cartográfica, que es una práctica investigadora inspirada en los trabajos de Deleuze y Guattari¹⁶ y que ha sido incorporada a la investigación en salud por distintos autores¹⁷⁻¹⁹. Esta perspectiva se centra en visualizar la transformación social considerando que los encuentros entre profesionales y usuarias configuran un campo de fuerzas y de estrategias de gobierno^{18,20}.

En consonancia con esta perspectiva, se eligió un método de tipo etnográfico multilocal²¹, como un reto empírico interesado en seguir los cambios que se van implementando y se manifiestan a través de los signos, los discursos y las modalidades de pensamiento y acción que se dan en los diferentes contextos de atención a la maternidad²².

Las técnicas de generación de datos fueron la observación participante y las entrevistas situadas²³. La observación participante implicó la inmersión activa de la investigadora en los servicios de maternidad para observar y compartir las situaciones cotidianas *in situ*, acompañando a las personas implicadas en ellas. Las entrevistas situadas fueron de tres tipos: entrevistas exploratorias informativas en diferentes momentos del trabajo de campo; entrevistas conversacionales con profesionales orientadas a indagar sobre las acciones en curso y las interpretaciones que los agentes hacían de las mismas; y entrevistas en profundidad para explorar las experiencias de las mujeres a lo largo de todo el proceso de la maternidad.

Muestreo y participantes

El foco del estudio ha sido visualizar la direccionalidad de los cambios, y para ello se seleccionaron dos hospitales de la red de utilización pública que implementaron las estrategias de forma activa: un hospital con un nivel de atención a la complejidad bajo (I)¹⁵, que se eligió por su diversidad en cuanto a la procedencia de su población de referencia, así como por la autonomía de las matronas en la atención al embarazo y el parto de bajo riesgo; y un hospital con un nivel de complejidad alto (IIIA)¹⁵, que se seleccionó por ser una de las primeras instituciones comprometidas con el parto fisiológico y por atender a una población con diferentes niveles de riesgo en un contexto muy tecnificado (tabla 2).

Los criterios de elegibilidad de escenas, momentos e informantes responden a la combinación de la lógica del muestreo por propósitos y la estrategia de bola de nieve. La muestra final de escenas y momentos que configuran la etnografía multilocal²¹ se presenta en la tabla 2. En la tabla 3 se muestran los perfiles de las personas entrevistadas y se explicitan los procesos de cambio que permiten explorar. Para todas las entrevistas y observaciones se obtuvo consentimiento informado por escrito.

Análisis

Los registros de la observación participante, las transcripciones de las entrevistas y las sesiones de devolución y discusión con los/las profesionales conforman el corpus textual sobre el cual se realizó un análisis del discurso²⁴ orientado a explorar las prácticas de interacción en los contextos cotidianos. Los datos se analizaron partir de tres ejes de cambio promovidos por las estrategias: 1) desmedicalización, 2) calidez en la atención, y 3) participación. También se consideraron las características diferenciales de los hospitales y los enfoques de género presentes²⁵.

Con el objetivo de identificar aquellas prácticas instituyentes presentes en los servicios se generaron dos campos de visibilidad que se entremezclan: uno referido a las acciones que las estrategias proponen con un alto nivel de concreción y están presentes o ausentes de forma unívoca en la vida cotidiana de los dos hospitales, y otro que revela prácticas relacionadas con los principios más

Tabla 1

Ejes de cambio de las estrategias que configuran el marco de análisis

Desmedicalización

La desmedicalización se plantea en las estrategias desde una doble vertiente: por un lado, se promueve la disminución o la eliminación de ciertos procedimientos e intervenciones, y se potencia el parto normal¹³, y por otro lado se reconoce la maternidad como un proceso fisiológico y simbólico, y no como una patología.

El parto normal es definido como «un proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo»¹³.

Algunos de los procedimientos no recomendados en las estrategias son el rasurado, el enema, la maniobra de Kristeller y la rotura artificial de membranas sistemática, entre otras.

En cambio, se recomienda la ingestión de líquidos en el parto normal, la movilidad, la monitorización intermitente, la realización de pruebas a la criatura recién nacida en presencia de la madre (o de una persona de su entorno) y el contacto precoz piel con piel, entre otras cuestiones, siempre dentro de un marco de seguridad.

Calidez en la atención

La calidez en la atención se refiere a distintos conceptos, como son respeto, dignidad, intimidad, privacidad, confianza y seguridad. Aunque se incluyen cuestiones como el respeto a las necesidades, expectativas y deseos de la persona usuaria (mujer, recién nacido/a y entorno), en gran parte de ellas no se concreta en qué forma deben realizarse. En este eje se incluyen una parte importante de las cuestiones que en la literatura se identifican como aspectos de la humanización.

En la ENSSR se establecen también una serie de medidas para garantizar los derechos del/de la recién nacido/a: el contacto físico y emocional, la proximidad y el trato individualizado, y el control de las condiciones ambientales (luz, temperatura, ruido), entre otras.

Participación de la mujer (y su entorno)

La participación de la mujer se refiere a recuperar el protagonismo y el control sobre el proceso, con especial énfasis en su implicación en las decisiones. La toma de decisiones se establece como un proceso que debe ser compartido y consensuado entre usuarias y profesionales, y que reconozca la autonomía de decisión de las mujeres dentro de un marco de seguridad. En relación con la participación en la toma de decisiones, el acceso a la información es un elemento destacado en las estrategias, aunque se reconoce que no es suficiente.

En la ENSSR se hace especial énfasis en la participación del padre o la persona elegida por la mujer, y se reconoce el papel de la madre y del padre (u otra persona del entorno) como referentes permanentes del/de la recién nacido/a.

Tabla 2

Resumen de ámbitos, contextos/escenarios y escenas de las observaciones

Ámbitos	Descripción	Contextos/escenarios	Escenas/momentos
Hospital	Zona metropolitana	Consulta de diagnóstico (ecografía y amniocentesis)	Ecografía de control Ecografía por sospecha de anomalías
Nivel de atención a la complejidad bajo (nivel I)	Volumen de partos anual: 1500	Consulta de embarazo de bajo riesgo realizada por comadrona	Comunicación de diagnóstico de anomalías fetales
2 meses	Partos a partir de la semana 35	Consulta de embarazo de riesgo realizada por obstetra	Sesión de esferoterapia preparto Proceso de inducción al parto Parto normal
	Diversidad de procedencia de su población de referencia	Educación prenatal	Parto vaginal con anestesia
	Zona metropolitana	Urgencias obstétricas	Parto vaginal con instrumental
Hospital		Sala de partos	Seguimiento de la evolución de un parto: tactos vaginales, monitorización fetal, pH de cuero cabelludo fetal
		Quirófanos de obstetricia	Toma de decisiones sobre la evolución del parto
		Sala de hospitalización de bajo y de alto riesgo	Cesárea
Nivel de atención a la complejidad alto (nivel IIIA)	Volumen de partos anual: 2700	Unidad neonatal (UCI, semi-UCI, cuidados intermedios y lactario)	Cuidados de la matrona en el posparto inmediato en sala de partos
3,5 meses	Partos a partir de la semana 28	Nido en sala de hospitalización	Cuidados de enfermería en sala de hospitalización
	Población de referencia con diferentes niveles de riesgo durante el embarazo y el parto		Primera visita pediátrica al/ a la recién nacido/a en sala de hospitalización
			Realización de pruebas diagnósticas al/a la recién nacido/a
			Apoyo a la lactancia en sala de hospitalización y en unidad neonatal
			Comunicación de estado del/de la recién nacido/a a la madre, padre (o entorno) en unidad neonatal
			Sesiones clínicas de obstetricia y neonatología

abstractos (respeto, dignidad, participación) que se configuran en el ámbito de la subjetividad de profesionales y usuarias.

Resultados

Se presentan los resultados en forma de marcadores de cambio que muestran tanto la dirección de la transformación como la manifestación de resistencias. Estos no deberían entenderse como una batería de indicadores de proceso y de resultados propios de la evaluación de políticas, sino como datos que dependen del contexto (indexicalidad) y que ubicados en un campo social dan cuenta de sus diferentes expresiones.

Desmedicalización

La mayor autonomía de las matronas para atender a las mujeres en el embarazo y el parto de bajo riesgo marca un cambio hacia la desmedicalización, y la transformación se visibiliza sobre todo en la incorporación de nuevas actitudes, sensibilidades y praxis que empiezan alrededor de las viejas estructuras. Observamos matronas que han incorporado un nuevo *know-how* para respetar el proceso fisiológico durante el parto, como favorecer el movimiento y diferentes posturas durante la dilatación y el parto, o acompañar el trabajo de parto respetando los tiempos de las mujeres. Los cambios estructurales en las maternidades y la incorporación de recursos (bañeras, pelotas, fulares) también han contribuido a disminuir el

Tabla 3
Resumen de las entrevistas situadas realizadas

Entrevistas a profesionales			
Rol profesional	N	Descripción	Ubicación
Obstetra	4 mujeres y 1 hombre	1 jefe del servicio, 1 responsable de ecografías y diagnóstico prenatal, y 2 doctoras adjuntas	Hospital I
Comadrona	8 mujeres	1 supervisora de comadronas, 1 comadrona de atención primaria, 1 comadrona de partos en casa y 5 comadronas hospitalarias	Hospital I y IIIA Atención primaria ^a Otros ^a
Enfermera	3 mujeres	1 enfermera de sala de hospitalización y 2 enfermeras del servicio de neonatología	Hospital IIIA
Auxiliar	2 mujeres	1 auxiliar de sala de hospitalización	Hospital I y IIIA
Pediatra	2 mujeres y 1 hombre	3 pediatras del servicio de neonatología	Hospital IIIA
Psicóloga	1 mujer	1 psicóloga especializada en neonatología	Hospital IIIA
Administrativo	1 hombre	1 administrativo de consultas externas	Hospital I
Mediadora	1 mujer	1 mediadora para la atención a mujeres procedentes de países árabes	Hospital IIIA
Asociación de mujeres	1 mujer	1 asociación implicada en el diseño de las estrategias	Otros ^a
Entrevistas a mujeres (y su entorno)			
Usuaría	N	Descripción del proceso a explorar	Ámbito
U-1	1	Acompañamiento tras aborto espontáneo	Hospital I
U-2	1	Proceso de toma de decisión de interrupción legal del embarazo tras diagnóstico de anomalía fetal	Hospital I
U-3	3	Cambio del plan de parto, desde un parto sin anestesia a la utilización de la epidural	IIIA
U-4	3	Rechazo o adaptación de pruebas diagnósticas durante el parto y en el posparto	IIIA
U-5 y UG-6 (pareja)	1	Adaptación a un cambio de expectativas: de un parto sin anestesia a una cesárea	IIIA
U-7	3	Acompañamiento del proceso de embarazo	Hospital IIIB ^a
U-8	2	Producción de cuidado en el posparto	Hospital IIA ^a
U-9	1	Proceso de decisión tras un parto en casa estacionado que lleva a una cesárea en un hospital	Hospital IIA ^a
Entrevistas grupales			
Tipo	N	Descripción	Ámbito
Sesión clínica	2	Sesión de devolución y discusión de resultados con profesionales	Hospital I y IIIA

^a No se corresponde con ningún centro donde se realizaron las observaciones.

grado de intervención al posibilitar la realización de la dilatación y el parto en la misma habitación, sin pasar por quirófano, o el abordaje no farmacológico del dolor.

Identificamos cambios en la relación matrona-obstetra que ponen de manifiesto una mayor autonomía de la matrona, referidos a la corresponsabilización y a la negociación sobre quién se responsabiliza de un embarazo o parto cuando estos se ubican en el límite de lo considerado fisiológico.

Algunas prácticas ya no forman parte de los protocolos de los servicios, como son la aplicación del enema o el rasurado. Se visibilizan acciones para evitar la episiotomía (antes realizada de forma sistemática), como son la adopción de técnicas de protección del perineo o la coordinación matrona-mujer durante los pujos. Las mujeres relataron acciones de autocuidado para evitar la episiotomía, tales como informarse y practicar el masaje perineal en el periodo prenatal.

Otros marcadores presentes son aquellos que reconocen el carácter simbólico del proceso y potencian el establecimiento de vínculos: piel con piel precoz (especialmente en los partos normales o con poca intervención) o los cambios en el sistema de nidos para ubicar a los/las recién nacidos/as en la habitación.

Coexistiendo con la desmedicalización, se visualizan prácticas consideradas por ciertos profesionales como estrategias de minimización de riesgos: canalización de la vía intravenosa en los partos normales (tabla 1), limitaciones en el uso de la bañera durante el parto o protocolos que fijan límites a la evolución fisiológica del parto y establecen cuándo debe intervenir médicamente. En ocasiones, las decisiones son negociadas con las mujeres en un proceso

que pone de manifiesto diferentes maneras de percibir el riesgo, o bien son aceptadas por delegación de responsabilidades (tabla 4).

Calidez en la atención

Observamos un respeto por las expectativas y las necesidades de las mujeres cuando se da respuesta a sus demandas, pues se las pone en valor y se las incorpora en el proceso de atención; por ejemplo, cuando se pregunta y comenta el plan de parto tras el ingreso en la sala de partos. En el caso de las mujeres de origen sociocultural diferente al de la persona que las atiende, esta cuestión se explora con menor frecuencia, en especial cuando se crean dificultades lingüísticas.

Se detectan mejoras (mayoritariamente en el parto normal) en cuanto a la confortabilidad de los espacios y la capacidad para actuar sobre las condiciones ambientales: regular la luz, minimizar ruidos, escuchar música, etc. También se observan acciones para minimizar el número de profesionales presentes durante los partos normales.

Los aspectos de calidez, como la intimidad, el respeto o el establecimiento de relaciones de confianza, se identifican en menor medida en la realización de pruebas diagnósticas, en los partos con instrumental y, muy especialmente, en las cesáreas. En estas situaciones son más frecuentes las interrupciones y las conversaciones paralelas entre profesionales en presencia de la mujer.

Tabla 4
Ejemplos de observaciones y discursos sobre la desmedicalización

- «Claro, cuando el ministerio publicó las guías, se publicó el protocolo de la Generalitat de atención al parto normal. . . Bueno, antes las mujeres que pedían “yo quiero un parto normal, no sé qué”. Bueno, el profesional que creía en todo esto no tenía dónde apoyarse. Sí que había libros, había la historia, y tal, pero claro, los partos normales se relacionaban con los partos en casa, con la mortalidad que había, ¿sabes? Y la gente. . . ¡Era una cosa que la gente no quería ni oír hablar de esto! Y ahora, bueno, todo esto está cambiando. . . Hubo unos años en que se medicalizó de una manera exageradísima. (. . .) Hay una comadrona mayor que me dice: “ahora tenéis suerte, porque tenéis unos documentos que os apoyan, una política que os apoya, y muchas mujeres que os lo piden –dice–. Pero esto, hace 20 o 30 años, para las que pensábamos así, era muy difícil.» EP3-Com-CEN2
- «Hubo una época que estaba supermedicalizado, a todo el mundo se le ponía oxitocina, se le hacía la *episio*, si no parían en unas ciertas horas, pues se forzaban los partos, se hacían más instrumentados. Ahora, somos mucho más conservadores, damos más tiempo, se espera más tiempo, se espera a que el proceso sea más natural.» EP9-Obs-CEN4
- «Y esto en 2010, con esta estrategia del parto respetado, pues fue hacer reuniones para, ir primero, eso, elaborando un plan de parto, hablando con los ambulatorios también porque ya se fuera haciendo un trabajo desde asistencia primaria. Después, había anestesistas también, de intentar relajar un poco la normativa del ayuno, que las mujeres pudieran beber más líquidos. Y los ginecólogos también, que iríamos llevando más las responsabilidades de los partos de bajo riesgo, la tendríamos la matrona con el estudiante que le tocase, tanto si era residente de *gine* como residente de. . . » EP10-Com-CEN7
- «Esta gente que sale (referido a las matronas en formación), cuando se saca el título, ya saben cuál es su trabajo, saben hacer partos, saben que pueden, no sé, coser, y saben, saben bien cuál es su trabajo.» EP3-Com-CEN2
- «Hombre, se hacen menos porque los protocolos están cambiando. Claro, cuando yo me formé, hacías tactos cada hora. Y no tú, lo hacía la comadrona, el ginecólogo, el residente de primero, el residente de segundo, el residente de comadrona. Era la cola de los tactos, que le decían, ¿eh? » EP6-Com-CEN6
- «Y una de las cosas que también aplicamos, junto con mi pareja. . . nos explicó (el osteópata) en qué consistía el mensaje perineal y lo estuvimos practicando en casa unos meses, dos meses antes del parto. Yo creo que fue una de las cosas que contribuyó a que después no tuviera puntos ni nada.» EU3-CEN7-E1
- «(tras ponerse la epidural y descansar un poco) Fue notar cómo me abría, notar cómo se me rompía la bolsa. Le dije a la comadrona que creía que se había roto. Me dijo que sí, pero que ahora descansase. Le dije que notaba ganas de empujar. “¿Que notas los pujos?, pues puja, pero no te dejes aquí la vida que tenemos tiempo”. En dos horas la niña estaba fuera. Y me la pude coger yo, me pusieron un espejo delante. Solo estábamos con la comadrona y una ginecóloga.» EU4-CEN7-E1
- «(tras preguntarle por la canalización de la vía endovenosa) Ahora la institución, ¿no? acepta que, si una mujer se niega, no la pongas. La institución sí que a veces está avanzando más que muchas de nosotras. Porque, claro, sí que es un tema de seguridad, la vía. Pero yo, particularmente, pienso. . . tú le dices que es mejor poner una vía, pero si la mujer lo rechaza. . . Yo perfectamente puedo tener. . . si hace falta la pondré, y puedo tenerlo todo a mano. . . (. . .) Yo a veces les digo “mira, no la ponemos, pero lo tenemos todo a punto, por si hiciera falta. Si no hace falta, no la ponemos”. » EP10-Com-CEN7
- «El pediatra visita en el nido (su uso ha cambiado porque ahora los y las bebés están en las habitaciones con las madres). Después de la visita, la enfermera le comenta a la madre (ella ha observado todo el proceso desde la puerta del nido) que más tarde irá a su habitación a realizarle la prueba del talón (en algunos casos, esta prueba se realiza en la habitación mientras el/la recién nacido/a está lactando).» OB-CEN7-SH-125

EP: entrevista a un o una profesional; EU: entrevista a una usuaria; OB: observaciones; CEN: centro de las observaciones, centro donde trabaja el/la profesional o centro donde fue atendida la usuaria (CEN1: centro 1, etc.); SH, SP, VV: espacios de observaciones (SH: sala de hospitalización, SP: sala de partos, VV: miscelánea); E1, E2, E3: número de entrevista (solo para las mujeres a quienes se realizaron varias entrevistas). Com: comadrona; Med: mediadora; Obs: obstetra.

Tabla 5
Ejemplos de observaciones y discursos sobre calidez en la atención

- «(¿Cómo consiguió el jefe de servicio que se produjeran estos cambios?) Hablando con nosotros. O sea, explicándonos, pues a partir de ahora, nada de. . . A una paciente la llevará un equipo de comadrona y residente, o comadrona y comadrona residente, ¿no? Intentar evitar, pues, que mucha gente *tacte* a una paciente. Poniendo una serie de normas de trabajo, por decirlo de alguna forma, que un poco favorecían eso, ¿no? Pues siempre explicar las cosas, siempre presentaros, nada de hacer fórceps selectivos porque sí, ¿no? Y no entrar tantos en el paritorio, y respetar, pues eso, la intimidad de la paciente, ¿no? Que al principio era un poco más. . . cuando yo empecé. . . yo sí que he notado un cambio a lo largo de mi vida profesional en este aspecto.» EP2-Obs-CEN4
- «La comadrona entra a la habitación de “parto natural” para ver cómo se encuentra la mujer que está dilatando dentro de la bañera: entra despacio, tranquila, se pone de cuclillas al lado de la bañera y apoya sus antebrazos en el margen de la bañera. La luz de la habitación es tenue, y la comadrona habla despacio, bajito, suave con la mujer. Aunque hay minutos en que nadie dice nada, en que la matrona se queda allí en cuclillas mientras la mujer va respirando y gestionando su dolor.» OB-CEN7-SP-13
- «Yo con mis inseguridades. . . creo que estuve dos veces en urgencias. . . ir y que no fuera nada y que me regañaran. Tengo como conciencia de no saturar el sistema. Que ahora pienso, que no se le ocurra a nadie decirme esto. Como estás tan vulnerable, insegura, yo me sentía vulnerable, insegura. Y al tratarme humanamente, con sensibilidad. . . Yo he estado en consultas médicas rutinarias en la cual es un mero trámite, te veo y te doy la receta. Se tomaron su tiempo, te sonríen. Un trato más humano.» EU3-CEN7-E2
- «Hay una parte de que tú estás aquí, explicas lo que te dice el médico al paciente, y viceversa. Hay otra parte, que es muy importante, que es establecer la confianza, decir que “no, puedes confiar en esta gente, porque no te harán daño, están aquí por ti, para tu salud, para tu bien, es que no harán esto. . . solo para. . .” (baja el tono de voz) Porque a veces vienen, y también del otro lado, no sé cómo viene. . . por el tema de la vestimenta, muchas cosas entran aquí de. . . de estereotipos. Y claro, notas que hay un. . . a veces desde el punto de. . . hay un tipo de distancia que. . . que el profesional tiene una frialdad, no sé, yo intento romper con todo esto.» EP8-Med-CEN7
- «No me hagas una prueba como si yo no estuviera. La primera eco que me hicieron con la primera hija fue de me bajo de aquí y no vengo más. Me empezaron a hacer una eco y había alguna cosa que no estaba bien. Entre ellas hablaban como si hubiese algo que no estaba bien: “hay algo que no está bien”. Claro, ellas están mirando tu útero y tú tienes oídos, y tus oídos están allí (. . .) ¡El susto que llevábamos encima! Y al final lo que no estaba bien es que ellas no podían detectar dos flujos que había.» EU4-CEN7-E1
- «(narra lo que ocurrió cuando decidió ponerse la anestesia epidural) Porque de repente, tú estás allí en tu ambiente, en un parto superconcentrado, en un proceso muy. . . la luz tenue, todo muy así, tú muy concentrada, y de repente, entra un equipo, de cuatro personas, a saco, encienden las luces, pom, pum, pum, pum, pum, pum, “venga, léete esto”. Y yo, desmayándome casi. Una hoja así (señala un folio que hay encima de la mesa) por delante y por detrás. “¿Me tengo que leer esto ahora?” (hace gestos indicando cómo respondió su interlocutor) “Porque esto es el consentimiento” (. . .) Bueno, terminó el calvario, se fueron, volvieron a apagar las luces y volví a mí. . . » EU5-CEN7-E1
- «Y fuimos al quirófano. Yo luché mucho en aquel quirófano. No paraba de gritar. (¿en qué sentido?) En el sentido de que me respetaran el proceso, de que, ya que era una cesárea, al menos que no estuviera todo el mundo gritando hablando de su vida. Por favor, quiero intimidad, aunque sea una cesárea quiero que sea un momento bonito. Claro, y buf, me puse como una leona: “sois unos insensibles, no tenéis derecho a hacer esto”. Pedía derechos que yo sabía que tenía (empieza a llorar). Pedí que me sacaran la sábana que te ponen para que no veas. Quería ver cómo salía mi hijo, quería ver cómo salía de mí. ¿Sabes? Después de esto, me desaté unas cuantas veces, pedí silencio, pedí sensibilidad.» EU7-CEN12-E1

EP: entrevista a un/una profesional; EU: entrevista a una usuaria; OB: observaciones; CEN: centro de las observaciones, centro donde trabaja el/la profesional o centro donde fue atendida la usuaria (CEN1: centro 1, etc.); SH, SP, VV: espacios de observaciones (SH: sala de hospitalización; SP: sala de partos; VV: miscelánea); E1, E2, E3: número de entrevista (solo para las mujeres a quienes se realizaron varias entrevistas); Com: comadrona; Med: mediadora; Obs: obstetra.

Tabla 6
Ejemplos de observaciones y discursos sobre la participación de las mujeres (y su entorno)

- «La que quiere continuar a pesar del mal pronóstico, esas son muy importantes, tú mantenerte al margen de lo que tú harías. Porque si no, es como que cada vez que vienen a la visita: “¿pero seguro que quieres seguir?, ¿pero seguro?, pero ya sabes, ¿estás segura de lo mal que viene?”. Eso ya también hemos aprendido a que esa persona, si ha tomado una decisión, y la ha tomado con toda la información, ya está, es respetable, lo único que hay que hacer es acompañarla. (¿Qué quiere decir acompañarla?) Pues, viene, le haces la ecografía, y la haces participar de esa ecografía, o sea, ya sabe que tiene una malformación, pero es un niño que lo ve, que lo ve moverse, que ve que va creciendo, no nos focalizamos en la malformación. Entonces, una vez estamos seguros de que entienden lo que hay, damos un espacio para disfrutar de ese embarazo, aunque vaya a acabar mal. (¿Es un reto?) Es un reto, esto algo que te obliga a salir de tu propio juicio.» EP9-Obs-CEN4
- «Claro, aquí me trató como una adulta. Tú no quieres esta opción (declinó realizar la prueba de O’Sullivan). Yo como profesional sanitario competente y que respeto lo que tú estás diciendo te ofrezco otras opciones para que tú te sientas apoyada en esta opción. Para mí fue muy potente. Es como creo que se deberían hacer las cosas.» EU4-CEN7-E1
- «Igual no es tanto facilitar como disponer de información y de medios para que todo se fuera sucediendo bien. Es decir, a cada paso, ellas (las matronas) me iban ofreciendo información de qué opciones disponibles.» EU3-CEN1-E2
- «Durante una sesión informativa, la matrona expone “Que seáis vosotras las que toméis las decisiones. Si la cosa se complica, la decisión pasará a los profesionales”.» OB-CEN4-VV-58
- «Bueno, por ejemplo, aquí que tenemos mucha dificultad idiomática, ¿no? ¡Y mucho! . . . A veces estás explicando algo a un paciente. . . y dices, es que igual sería mejor decirle: “mira, te tienes que hacer esto”. Y punto. Porque no está entendiendo nada de lo que tú le estás diciendo y le estás transmitiendo incluso una responsabilidad que igual no es capaz de asumir, ¿no? Yo creo que hay cierto grupo de pacientes para los cuales este modelo de tan de toma de decisiones, de consensuar. . . etcétera, etcétera. . . igual no funciona bien. Pero la mayoría de los pacientes, creo que es lo correcto y que es la forma además de tratar a las personas y de tratarlas bien.» EP2-Obs-CEN4
- «Y nos cargamos esto. Y dijimos: la mujer dilatará y parirá, si todo va bien, en el mismo sitio. Y este padre, podrá entrar y salir tantas veces como quiera sin tener que cambiarse de quirófano (ponerse una ropa especial). Porque una vez el padre entraba dentro del paritorio y se ponía de azul, ya no podía salir.» EP1-Obs-CEN4
- «Todo está preparado para poner la epidural a la mujer: la mesa con todo el material para la anestesia. Entonces le piden al hombre que acompaña a la mujer que salga.» OB-CEN4-SP38
- «En sala de partos el acompañante está siempre, desde que la mujer entra hasta que se va a la habitación, tanto si tienes que hacerle un fórceps –que más agresivo que un fórceps no hay nada– como si le pones una vía, la sonda. . . Solo hay algunos anestesiólogos que en el momento de poner la anestesia los hacen salir, algunos. Pero el resto. . . todo se hace con el acompañamiento (. . .) Antes solo entraba la mujer para la valoración (en urgencias), pero ahora, como tenemos espacio, decidimos que entraba la pareja, o si las mujeres querían entrar con quien quisieran.» EP3-Com-CEN2
- «El hecho de hacer entrar a los padres, por ejemplo, en sala de partos y hacer gimnasia era precisamente para que fueran más conscientes de tener un hijo, estuviesen al lado de las parejas. (. . .) (¿Cuál es el papel de los acompañantes?) Estar al lado, claro, estar al lado y ver lo que está pasando ella, cómo lo vive, darle apoyo. De hecho, la idea de que hicieran preparación, educación, era para poder dar más soporte. O sea, duele aquí, haz un masaje; si le duele allí, haz lo otro. EP5-Com-CEN4
- «(Tras la cesárea) La comadrona envuelve a la niña con una talla y una toalla, y se la da al padre para que vaya a la habitación a hacer piel con piel.» OB-CEN4-SP-107

EP: entrevista a un/una profesional; EU: entrevista a una usuaria; OB: observaciones; CEN: centro de las observaciones, centro donde trabaja el/la profesional o centro donde fue atendida la usuaria (CEN1: centro 1, etc.); SH, SP, VV: espacios de observaciones (SH: sala de hospitalización; SP: sala de partos; VV: miscelánea); E1, E2, E3: número de entrevista (solo para las mujeres a quienes se realizaron varias entrevistas); Com: comadrona; Med: mediadora; Obs: obstetra.

La detección y la identificación de necesidades de la persona acompañante o el establecimiento de relaciones de confianza con esta no se observa como una práctica frecuente.

Tampoco se reconocen elementos de respeto en las interacciones profesional-usuaria cuando se infantiliza, estigmatiza o se etiqueta a las mujeres y su entorno de forma estereotipada («la pakí», «la primi», «la psiquiátrica», etc.) (tabla 5).

Participación de la mujer (y su entorno)

Observamos elementos de transformación en las situaciones en las que se explora y dialoga con la mujer (y sus acompañantes) acerca de las cuestiones que para ella son relevantes (preferencias respecto al tipo de parto u opciones y dudas sobre la lactancia). La toma de decisiones compartida se manifiesta en la negociación del plan de atención (realización o no de procedimientos, abordaje de una anomalía fetal, tipo de parto). No obstante, advertimos discontinuidad en la construcción de relaciones de confianza, dado que durante el embarazo la matrona de atención primaria es la referente para la mujer y en el hospital se sustituye por una nueva matrona.

También se dan situaciones en las que el/la profesional respeta las decisiones de la usuaria, aunque no las comparte, y se responsabiliza del proceso de atención, como cuando la mujer decide no realizarse una prueba o desestima una intervención médica. Sin embargo, la noción de «actuar dentro de un marco de seguridad» instituida por las estrategias establece límites a la toma de decisiones compartidas, pues restringe la decisión a los/las profesionales cuando se considera que va en detrimento de la seguridad. Identificamos diferencias de criterio entre profesionales y usuarias en relación con estos límites, que podrían transformarse en un nuevo

marco de acuerdos. En ocasiones, se denomina «toma de decisiones compartida» al hecho de informar y pedir consentimiento para un procedimiento.

Se observa un aumento de la presencia del padre (o de la persona acompañante) en espacios antes restringidos solo a profesionales (cesáreas no urgentes o partos instrumentados), aunque no se percibe que esto facilite un cambio en el rol otorgado por los/las profesionales, que se limita principalmente a considerar su papel como sustituto de la madre (piel con piel) o como acompañante afectivo (tabla 6).

Discusión

Existen prácticas que muestran diferentes dimensiones del cambio, aunque esto no significa que el conjunto de mujeres o profesionales las suscriban, ni que se den de forma homogénea en todos los contextos explorados. Las cuestiones aquí planteadas serán vistas por algunas personas como cambios sustanciales en el modelo de atención, mientras que por otras serán aún insuficientes. Evidentemente, existen campos de debate y aún queda recorrido para la transformación de las prácticas en torno a la maternidad.

En el periodo de implementación de las estrategias se ha valorado e incorporado el parto fisiológico en las actividades de los servicios, y se han legitimado las demandas de las mujeres y dotado de mayor autonomía a las matronas. Sin embargo, se observa también una dicotomía en las prácticas profesionales en función del tipo de parto, ya que los elementos de humanización (intimidad, respeto, dignidad)⁹⁻¹¹ no se preservan de la misma manera cuando el proceso deja de ser definido como un parto normal¹³. Las denominadas «salas de parto natural» se constituyen como heterotopías²⁶, es decir, como espacios diferenciados en cuanto a

tiempos, rutinas y formas de actuar dentro los servicios. En consecuencia, y siguiendo a algunas autoras^{10,27}, los espacios con un alto nivel de intervención se caracterizan por ser los entornos menos permeables a la humanización.

Las recomendaciones de las estrategias para facilitar la desmedicalización están centradas en evitar una cascada de intervenciones²⁸, al eliminar aquellos procedimientos que la evidencia define como innecesarios o perjudiciales. En esta línea observamos cambios en las prácticas de protección del perineo, que concuerdan con los estudios²⁹ que hacen patente una reducción del número de episiotomías.

También hay cambios en la toma de decisiones compartidas, aunque hemos identificado la gestión del riesgo como un aspecto problemático³⁰⁻³². Para algunas autoras, la toma de decisiones plantea una paradoja: se espera que las mujeres embarazadas sean usuarias informadas con capacidad de valorar los riesgos y adoptar medidas para minimizarlos³², a la vez que se las desposee o se limita su capacidad de decisión cuando se considera que esta afecta a su bienestar o al del feto³⁰. Sin dejar al margen las reflexiones ya planteadas por la bioética, la respuesta a esta paradoja no debería simplificarse en dirimir sobre quién debe decidir, sino que debería señalar la centralidad de la relación profesional-usuaria en la toma de decisiones en escenarios complejos. Es en la interacción donde se puede debatir y acordar una decisión, mediante una negociación que requiere información, pero sobre todo la legitimación de la experiencia de ambas partes, relaciones más horizontales y oportunidades para discutir sin juzgar³³. La discontinuidad creada en la transición entre atención primaria y especializada dificulta esta toma de decisiones centrada en la construcción de relaciones de confianza, dado que en el momento del parto el diálogo tendrá que establecerse con una persona que la mujer no conoce. Asimismo, las dificultades observadas para manejar las diferencias socioculturales en la toma de decisiones compartida podrían generar desigualdades en la implementación de las estrategias.

El acompañamiento durante el parto se ha considerado un derecho, un elemento que contribuye a disminuir las desigualdades de género³⁴ y una estrategia que mejora los resultados obstétricos³⁵. No obstante, tal como se expone en los resultados, el tipo de participación del padre (o de la persona elegida) refleja la prevalencia de dos enfoques de género²⁵. Uno es el enfoque de salud de las mujeres asociado a la representación del embarazo y el parto como una cuestión que básicamente atañe a las mujeres. En esta línea, observamos que la implicación del padre o acompañante es invisible en muchos casos, aunque se admita su presencia. Esto puede contribuir a generar inequidad al situar el foco exclusivamente en la mujer. El segundo enfoque, de desigualdades de género, está orientado a corresponsabilizar a los hombres en las actividades reproductivas, al favorecer su presencia y su papel como acompañante. Así, a pesar de la intención y las recomendaciones de las estrategias para implicar al padre o acompañante, todavía los distintos agentes no han construido nuevas identidades que permitan vivir la maternidad y la paternidad de forma compartida en el contexto actual.

Mediante este estudio se ha mostrado cómo una política puede dar lugar a diferentes formas de actuar a nivel micropolítico. Aunque los elementos de transformación y las resistencias se limitan a los contextos estudiados, puede haber aspectos transferibles a otros servicios de maternidad que han implementado las estrategias. En el plano macropolítico, esto podría constituir una limitación porque no aporta un conjunto de indicadores de implementación generalizables, ni tampoco es posible establecer una relación causal entre los cambios observados y la política estudiada. Sin embargo, la importancia del estudio radica en visibilizar los cambios alineados con las estrategias y en señalar campos problemáticos, para contribuir de esta manera a la sostenibilidad del proceso y a generar aperturas para construir nuevas líneas de acción. Asimismo,

esta aproximación permite mostrar cómo la implementación de una política no solo atañe a las personas en posición de responsabilidad directiva (Gobierno con G), sino que todos los agentes (mujeres, familia, profesionales, etc.) también infunden direccionalidad a los cambios en sus acciones cotidianas (gobierno con g), y otorgan este carácter abierto y emergente propio de cualquier proceso de cambio²⁰.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en materia de salud sexual y reproductiva recogen como elementos clave la participación de las mujeres (y su entorno), la desmedicalización y la calidez en la atención, e instan a producir conocimiento sobre la implementación y los efectos de las políticas en este ámbito.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Observamos elementos de transformación en los servicios de atención a la maternidad, y destacamos la dirección de los cambios instituyentes, sus resistencias y los campos problemáticos que emergen. Esta perspectiva de investigación permite visibilizar la apropiación de la política por parte de todos los agentes y su incorporación a las actividades cotidianas, por lo que se configura como una estrategia de formación permanente sobre los aprendizajes y las transformaciones producidas.

Editora responsable del artículo

Mercedes Carrasco Portiño.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes cumplen los criterios de autoría y no se excluye a nadie que también los cumpla. M. Benet y M. Pla concibieron y diseñaron el estudio, realizaron el análisis y la interpretación de los datos generados durante el trabajo de campo, y redactaron el primer borrador del artículo. M. Alcaraz, R. Escuriet y S. Ezquerro aportaron su experiencia profesional y académica para la interpretación de los hallazgos, y revisaron los borradores del manuscrito. Todas las personas que declaran autoría aprobaron la versión final. M. Benet y M. Pla son las responsables del artículo.

Agradecimientos

A las mujeres y a sus acompañantes, que participaron en la investigación y compartieron sus experiencias de maternidad y paternidad con el equipo de investigación. También a todas aquellas personas de diferentes colectivos profesionales que formaron parte de este estudio y contribuyeron con sus actividades cotidianas y sus vivencias.

Este artículo contribuye al proyecto COST Action 1405 -BIRTH-

Financiación

Este trabajo ha sido realizado en el marco del Programa de Doctorado en Cuidados Integrales y Servicios de Salud de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya, con el soporte de una ayuda predoctoral de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España., Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España; 2008.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España Estrategia nacional en salud sexual y reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España; 2011.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España. Informe del plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España; 2009.
- Harris J, Croot L, Thompson J, et al. How stakeholder participation can contribute to systematic reviews of complex interventions. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70:207–14.
- Biglia B, Olivella-Quintana M. Evolution and involution in the sexual and reproductive health services in Catalonia (Spain). *Womens Stud Int Forum*. 2014;47:309–16.
- Brubaker SJ, Dillaway HE. Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociol Compass*. 2009;3:31–48.
- Parry D. "We wanted a birth experience, not a medical experience": exploring Canadian women's use of midwifery. *Health Care Women Int*. 2008;29:784–806.
- Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007. p. 224.
- Page L. The humanization of birth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75 Suppl 1:S55–8.
- Lindsay P. Creating normality in a high-risk pregnancy. *Pract Midwife*. 2006;9:16–9.
- Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15:34–41.
- Pla M, Cabria A. La planificación de la evaluación de las líneas estratégicas de atención en el embarazo, neonatal y en el puerperio de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En: Informe final. Barcelona: Càtedra de Recerca Qualitativa, Universitat Autònoma de Barcelona; 2011.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Definición de parto normal. (Consultado el 18/12/2017.) Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya., Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2008.
- Deleuze G, Guattari F. *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. 11ª ed. Valencia: Pre-Textos; 2015. p. 522.
- Passos E, Kastrup V, Escóssia L, editores. *Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. 4ª ed. Porto Alegre: Editora Sulina; 2015. p. 207.
- Merhy EE, Feuerwerker LCM, Silva E. Methodological contributions towards the study of health care production: lessons from a research study on barriers and access in mental health. *Salud Colect*. 2012;8:25–34.
- Benet M, Merhy EE, Pla M. Devenir cartógrafo. *Athenea Digit Rev Pensam e Investig Soc*. 2016;16:229–43.
- Merhy EE, Macruz L, Burg R. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect*. 2006;2:147–60.
- Marcus GE. *Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal*. *Alteridades*. 2001;11:111–27.
- Pellicer I, Vivas-Elias P, Rojas J. La observación participante y la deriva: dos técnicas móviles para el análisis de la ciudad contemporánea. El caso de Barcelona. *Rev Estud Urbanos Reg*. 2013;39:119–39.
- Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Collecting and interpreting qualitative materials*. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2013. p. 630.
- Martínez-Guzmán A, Stecher A, Ñiguez-Rueda L. Aportes de la psicología discursiva a la investigación cualitativa en psicología social: análisis de su herencia etnometodológica. *Psicol USP*. 2016;27:510–20.
- Velasco S. *Sexos, género y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2009. p. 344.
- Foucault M. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard; 1994. p. 1736.
- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, et al. Perception of humanization of birth in a highly-specialized hospital: let's think differently. *Health Care Women Int*. 2014;35:127–48.
- Kitzinger S. *Episiotomy: physical and emotional aspects*. London: National Childbirth Trust; 1981. p. 56.
- Escuriel R, Pueyo MJ, Pérez-Botella M, et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: is the practice of routine episiotomy changing? *BMC Health Serv Res*. 2015;15:95.
- Lupton D. "Precious cargo": foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Crit Public Health*. 2012;22:329–40.
- Rothman BK. *Pregnancy, birth and risk: an introduction*. *Health Risk Soc*. 2014;16:1–6.
- Malacrida C, Boulton T. The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health (London)*. 2014;18:41–59.
- Benet M, Cruz KT Da, Santoro V, et al. Participation in health through the construction of encounters: a micropolitical approach. *Educ Action Res*. Published online: 10 Sep 2017. (Consultado el 18/12/2017.) Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09650792.2017.1374194>
- Maroto-Navarro G, Pastor-Moreno G, Ocaña-Riola R, et al. Male and female involvement in the birth and child-rearing process. *J Clin Nurs*. 2013;22:3071–83.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013. CD003766.