

Revisión bibliográfica

# La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía

*Humanising the job of childbirth: the need for a definition of the concept. Review of the bibliography*

Ainoa Biurrun-Garrido<sup>1</sup>, Josefina Goberna-Tricas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Matrona asistencial en PASSIR Litoral y Parc de Salut Mar. Doctoranda en la Universidad de Barcelona. Programa de Doctorado de CC Enfermeras. <sup>2</sup>Matrona, socióloga y doctora en Filosofía. Profesora titular en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

## RESUMEN

En los últimos años estamos asistiendo a un cambio en el modelo de atención sanitaria al parto, en el que se pone énfasis en el concepto de humanización asociado a la atención sanitaria al trabajo de parto. A pesar de la relevancia actual del concepto y de sus implicaciones sociosanitarias, hay poca bibliografía que lo defina. El objetivo de este artículo es conocer el origen y el significado del concepto de «humanización del parto» y sus características mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada al respecto. Los resultados de la revisión muestran que se trata de un término polisémico, que se basa en tres aspectos fundamentales: convertir a la mujer en el centro de la atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Humanización, parto, competencia profesional, matrona, empoderamiento.

## ABSTRACT

In recent years we have seen a change in the healthcare model at childbirth, whereby emphasis is placed on the concept of humanisation associated with healthcare in the job of childbirth. Despite the current relevance of the concept and its social and healthcare implications, little has been written when it comes to defining it. The aim of this paper is to find out the origin and meaning of the concept of "humanising childbirth" and its features, through a bibliographical review of published scientific literature. The results of the review show that it is a polysemous term, based on three fundamental aspects: making the woman the centre of attention, giving her emotional support and providing her with clinical care based on scientific evidence.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Humanisation, childbirth, professional competence, midwife, empowerment.

## INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la historia la asistencia al parto, pese a ser éste un proceso fisiológico, ha precisado cuidados y atenciones<sup>1</sup>. La matrona ha sido la persona encargada de llevar a cabo dicho cometido a lo largo de la historia, manteniendo en la mayor parte de los casos una actitud expectante y no intervencionista<sup>2</sup>. En el periodo clásico y medieval los médicos centraron su interés en el conocimiento teórico del proceso procreativo, actuando únicamente en casos excepcionales, como cuando se necesitaba desmem-

brar a algún feto muerto para sacarlo del útero<sup>3</sup>. A partir del siglo XVII esta tendencia cambia, debido a la incorporación de los cirujanos en la atención al parto y al uso de la instrumentación con fórceps (inventados por la familia Chamberlain)<sup>4</sup>, iniciándose de este modo la tecnificación de la asistencia al nacimiento<sup>5</sup>. Desde finales del siglo XIX, la ciencia biomédica ha ido elaborando modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que paulatinamente

Este trabajo se inscribe en el contexto del proyecto de investigación FEM, 2012-33067 «Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial», financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-66.

Fecha de recepción: 12/03/13. Fecha de aceptación: 29/07/13.

Correspondencia: A. Biurrun Garrido.  
Correo electrónico: ainoabiurrun@gmail.com

se han ido implantando en la atención sanitaria. Este contexto explica que el proceso del parto comience a ser atendido en los hospitales, a los que acuden las mujeres con partos complicados y en los que se representa a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica<sup>6</sup>.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en pleno siglo xx, la medicalización de los servicios de maternidad pasa a ser un fenómeno global, aunque las prácticas de asistencia al parto difieren de un lugar a otro debido a componentes culturales, o incluso dentro de una misma zona por las diferencias en las políticas hospitalarias o praxis obstétricas<sup>7</sup>. Es fundamentalmente durante la segunda mitad del siglo xx cuando cambia el escenario de la asistencia al parto normal, al trasladarse éste del interior del hogar a una sala de hospital, justificándose en las mejoras en la seguridad y en los resultados obstétricos<sup>4</sup>. Progresivamente, se va imponiendo un dominio médico del proceso, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo. El poder de los sanitarios subordina la maternidad al modelo biomédico, por lo que comienza a valorarse la gestación desde una perspectiva fundamentada en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario<sup>8</sup>.

Sin embargo, en la década de 1980 empezaron a cuestionarse las praxis médicas, gracias a algunas voces críticas y a diversos movimientos sociales que influyeron en un cambio de las ideas dominantes y que calaron en el imaginario colectivo, produciéndose cambios en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas como de algunos profesionales de la salud, y reivindicándose un empoderamiento de la mujer<sup>9</sup>. A consecuencia de este cambio de mentalidad, algunos Estados y organismos internacionales iniciaron modificaciones legislativas en esta línea. En 1985, en Fortaleza (Brasil), la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, a la que asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres<sup>10</sup>. Esta conferencia hizo que la OMS revisara el modelo biomédico de atención a la gestación, por considerar que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando con ello su autonomía. Por este motivo, la OMS promulgó unas recomendaciones<sup>10</sup> para evitar ciertas prácticas, no justificadas, que estaban llevándose a cabo de manera sistemática. Además, este organismo especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, que incluya su partici-

pación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, dándole una atención integral y holística. Estas recomendaciones fueron recogidas en los trabajos posteriores de diversos autores, y proliferaron los estudios que proponían tener en cuenta los factores familiares, psicológicos, sociales, etnológicos y espirituales<sup>11</sup> de cada mujer y valorar su estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y su autonomía durante el parto<sup>12</sup>.

En el caso de España, la demanda de un número importante de parejas y asociaciones de mujeres fue recogida en el informe institucional del defensor del pueblo de 2006, que en su punto IV, referido a la supervisión de la actividad de las administraciones públicas, recomienda «respetar la progresión natural del parto cuando se presenta de forma espontánea y sin factores de riesgo. Ello con independencia de respetar la voluntad de aquellas madres que deseen que el parto se “dirija médicamente” para evitar el dolor, y de aquellos supuestos en los que existan riesgos que exijan un control más continuado y tecnificado»<sup>13</sup>. Este informe, junto con las anteriores recomendaciones de la OMS<sup>11</sup>, hizo que el Ministerio de Sanidad y Consumo y los responsables de salud de las diferentes comunidades autónomas comenzaran a promover líneas de trabajo menos intervencionistas en los embarazos y partos de bajo riesgo<sup>14-16</sup>.

En las últimas décadas se ha producido una cierta polémica entre aquellas visiones tradicionales que contemplaban una atención medicalizada del parto y un nuevo movimiento que defiende su humanización<sup>17</sup>. Son muchos los autores<sup>18-20</sup> que han reivindicado la humanización de la atención al parto, relacionando su deshumanización con una alta tecnificación, aunque un parto no tecnificado, por sí solo, no es garantía de un parto humanizado<sup>4</sup>. Todo esto hace necesaria una correcta y detallada definición del concepto de humanización de la asistencia al parto. A continuación se exponen, mediante una revisión bibliográfica, el origen, la definición y las características del concepto de «parto humanizado».

## OBJETIVO

Conocer, mediante la revisión de la literatura científica publicada sobre el tema, el origen del concepto de «humanización del parto» y las características de un parto humanizado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las siguientes bases de datos: Cochrane, Cuidatge, MEDES, Medline, ENFISPO, IME y CUIDEN. El periodo temporal abarcado son los últimos 15 años. En

una primera fase se utilizaron las siguientes palabras clave: *midwife, gynecologist, delivery, communication, professional competence, prenatal care, pregnancy y empowerment* en el caso de las bases de datos en inglés, y para las bases de datos españolas sus equivalentes en castellano: matrona, ginecólogo, parto, comunicación, competencia profesional, atención prenatal, embarazo y empoderamiento.

En una segunda fase se afinó la búsqueda mediante combinaciones booleanas de los términos anteriores, para concretar las publicaciones en términos de humanización del parto, añadiendo el término *humanization*. Se completó la búsqueda acudiendo a tesis doctorales recientes y documentos de referencia en el tema.

## RESULTADOS

La primera búsqueda generó más de 38.000 artículos con las palabras clave que se referían a la humanización en la asistencia al parto, pero sin llegar a definirla en la mayoría de los casos. Tras afinar la búsqueda, en la segunda fase se identificaron 702 trabajos sobre «humanización del parto», de los que 38 hacían referencia a la atención dispensada por enfermeras y matronas. A pesar de los hallazgos, no todos los artículos revisados y analizados han sido de utilidad, ya que algunos nombran el término «humanización» pero no lo definen. Tras consultar los *abstracts* y ampliar la búsqueda con tesis y otras fuentes bibliográficas, se seleccionaron 15 documentos que explican y aclaran el concepto de humanización en el trabajo de parto.

Como se ha mencionado, en 1985 la OMS alerta sobre el grado de medicalización de la atención al parto<sup>10</sup>. Unos años más tarde, en 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido publica el informe *Changing Childbirth*<sup>21</sup>, elaborado por un grupo de expertos y en el que se incorporan una serie de recomendaciones fundamentales para un modelo humanizado de atención al parto basado en tres principios. El primero considera que el cuidado maternal debe focalizarse en la mujer, haciéndole sentir que tiene el control sobre lo que está sucediendo, de forma que pueda tomar decisiones sobre su cuidado, e introduce el concepto de la comunicación entre usuarios y profesionales sanitarios, insistiendo en que debe existir un diálogo entre ambos. El segundo sostiene que todas las mujeres deben tener un acceso sencillo a los servicios de maternidad y que éstos deben responder a las necesidades de la mujer. Finalmente, el tercer principio afirma que las mujeres deben participar en los servicios de maternidad, para que éstos se adapten a sus necesidades; además, el cuidado debe ser eficaz y los recursos han de usarse de forma eficiente.

Sin embargo, es a raíz de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, organizada por integrantes del movimiento brasileño para la humanización, apoyada

por el proyecto LUZ, promovida por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón y celebrada en 2000 en Brasil<sup>22</sup>, cuando se formula el concepto de «humanización», que se define como «un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, y también con otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas». Es a partir de entonces cuando diferentes autores comienzan a hacerse eco en sus artículos de dicho concepto.

En el estudio de Misago y Kendall de 2001<sup>23</sup>, se afirma que para poder humanizar un parto es necesario «empoderar» a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado. Además, los profesionales que atienden el parto deben trabajar como iguales, usando la tecnología basada en la evidencia y fomentando la atención primaria. En ese mismo año, Wagner<sup>24</sup> publica uno de los artículos de referencia sobre la atención humanizada al nacimiento, y en el que sostiene que humanizar el parto consiste en entender que la mujer que da a luz es un ser humano, y no una máquina para hacer bebés. Según este autor, el parto humanizado es aquel que sitúa a la mujer en el centro y control del proceso para que sea ella, y no el personal sanitario, quien tome las decisiones acerca de lo que sucede. Por otra parte, Wagner considera que la atención medicalizada, al incrementar la utilización de tecnologías en el control obstétrico, suele deshumanizar, y que para que un parto sea humanizado los servicios de maternidad deben basar su actuación en la evidencia científica, independientemente de la necesidad, o no, de emplear tecnología; por ello, concluye que el uso de una práctica basada en la evidencia en los servicios de maternidad lleva a una humanización de la atención al parto.

También en 2001, Davis-Floyd<sup>25</sup> señala que hay que humanizar la tecnomedicina para hacerla compasiva, sensible, individualizada, relacional y orientada a la comunidad, y asegura que el mejor término análogo al del humanismo en la literatura es el de «biopsicosocial», que implica que el modelo humanista tiene en cuenta la biología, la psicología y el entorno social. Según esta investigadora, el modelo humanista reconoce la influencia de la mente sobre el cuerpo, ya que ambos están en constante comunicación, siendo imposible tratar síntomas físicos sin atender al bienestar psicológico. También aclara que uno de los aspectos más importantes del «nacimiento humanizado» es ser capaz de mirar a la mujer embarazada como una persona y no como una paciente, para poder establecer una conexión humana con ella. Esta conexión entre el profesional y la mujer constituye para la autora un punto fundamental en el enfoque de atención humanizada al parto. Para que la atención sea

humanizada, Davis-Floyd también considera relevante que la mujer esté informada sobre las posibles opciones disponibles para dar a luz, que conozca los riesgos y beneficios de cada una de ellas, y que participe, de forma activa, en la toma de decisiones. El cuidado debe basarse no en la tradición médica, sino en la evidencia científica, así como en las relaciones individuales entre la familia, el paciente y el profesional sanitario y en la prevención, diagnóstico y tratamiento de posibles complicaciones.

En otro artículo publicado ese mismo año, Santos y Siebert analizan la humanización en el trabajo de parto en los diferentes niveles profesionales del University of Santa Catarina Maternity Hospital<sup>26</sup>; su conclusión es que la humanización del parto representa un desafío continuo y requiere una lucha constante para asegurar que todos los profesionales adoptan esa filosofía, para lo cual se necesita un proceso de educación y formación continua.

En un estudio de 2003, Harrison et al.<sup>27</sup> sostienen que humanizar el parto también permite que las mujeres se sientan con la facultad de discutir las opciones de tratamiento que están disponibles, en lugar de tener una única opción.

Según Kuo (2005)<sup>28</sup>, para que la atención al trabajo de parto sea humanizada es necesario el respeto a la intimidad física y emocional, así como la preparación de un ambiente cómodo para las mujeres durante el periodo de atención prenatal.

En 2006, Hodnett<sup>29</sup> señala que la práctica del parto humanizado tiene implicaciones en los aspectos emocionales de la atención a la maternidad, como el apoyo continuo durante el parto y el alumbramiento, y asegura que prestar atención a los aspectos psicológicos puede ser una estrategia más eficaz durante el parto que las intervenciones tecnológicas.

Para Roland-Schwartz (2007)<sup>30</sup>, el empleo de las intervenciones obstétricas y la tecnología proporciona al profesional sanitario el control del proceso de nacimiento. Como resultado de ello, la mujer es desposeída del dominio de su cuerpo y las decisiones pasan a ser tomadas por los profesionales a través de la lente de la medicina. En un trabajo publicado ese mismo año, Wagner<sup>31</sup> indica cuatro factores necesarios para que el parto sea humanizado: en primer lugar, el entorno debe facilitar que la mujer pueda tomar decisiones; en segundo lugar, los servicios sanitarios tienen que estar basados en la atención primaria, en lugar de la hospitalaria; en tercer lugar, los profesionales que atienden el trabajo de parto (comadronas, enfermeras, médicos...) deben colaborar en armonía trabajando como iguales, y finalmente, los servicios de maternidad deben basarse en la evidencia científica.

En 2010, Díaz-Tello y Paltrow<sup>32</sup> afirman que los términos humanización y parto están muy relacionados y deben incorporarse en el concepto de justicia reproducti-

va, que no ha de basarse sólo en otorgar poder a la mujer en la toma de decisiones cuando desea tener hijos, sino también en permitirle decidir cómo quiere ser tratada durante el proceso del embarazo y el parto. Ese mismo año, Behruzi et al.<sup>33</sup> aseguran que no existe conflicto entre el nacimiento humanizado y la intervención médica en esa situación, y señalan que entre los obstáculos para la prestación de atención sanitaria en un parto humanizado en un embarazo de alto riesgo figuran factores como la presión de ser responsable de la seguridad de la madre y el feto, la falta de participación activa de la mujer en la toma de decisiones y la pesada carga de responsabilidad sobre los sanitarios por los posibles problemas legales. Los factores que facilitan el parto humanizado en un embarazo de alto riesgo incluyen el uso compartido de la toma de decisiones y otras responsabilidades diversas entre los profesionales sanitarios y las mujeres.

En 2011, Behruzi<sup>34</sup> concluye que el parto humanizado no queda limitado a una definición específica o a un criterio concreto, ya que el movimiento del parto humanizado tiene por objetivo promover que el parto sea una experiencia positiva, independientemente del lugar de nacimiento, y pretende «empoderar» a la mujer respetando sus decisiones, valores, creencias y sentimientos y reduciendo su excesiva medicalización mediante la adopción de prácticas basadas en la evidencia.

En esta misma línea se sitúan Van Teijlingen et al.<sup>35</sup> y Akrich et al.<sup>36</sup>, para quienes todos los movimientos de humanización del nacimiento persiguen situar la capacidad de elección de las mujeres y la autodeterminación como el centro de todos los cambios institucionales en la atención al nacimiento.

## DISCUSIÓN

Del conjunto de artículos comentados se desprende que el concepto de humanización del nacimiento resulta complejo y polisémico, y debe definirse en función de un conjunto de aspectos técnicos, éticos y actitudinales. Las organizaciones de mujeres recibieron con entusiasmo el cambio de filosofía en la atención al nacimiento que se produjo en Europa como consecuencia de la publicación del informe *Changing Childbirth*<sup>21</sup>. Ello tuvo importantes implicaciones para las matronas, puesto que se convirtió en orientación para el diseño de las diversas políticas gubernamentales en materia de atención al parto<sup>14-16</sup>.

La bibliografía define la atención humanizada como aquella que sitúa a la mujer en el centro de la atención<sup>21,23,25,32-34</sup>. Aunque de algunos de los trabajos citados, como el de Wagner<sup>24</sup>, pueda intuirse que la aplicación de un cuidado basado en la evidencia científica, y no en la tra-

dición médica, se convierte en sinónimo de atención humanizada al parto, una lectura comprensiva de ese mismo autor<sup>31</sup> y del resto de trabajos revela los diversos ejes que configuran lo que debe ser una atención de calidad para proporcionar una asistencia humanizada, que no se limita a la simple aplicación técnica de cuidados. Además de las atenciones basadas en la evidencia científica, es necesario facilitar una adecuada información que permita a las mujeres ser protagonistas y tomar sus propias decisiones, de acuerdo con el principio bioético de autonomía<sup>27</sup>. Por este motivo, los profesionales que participan en el cuidado y control de la gestación y en la atención al proceso de parto deben tener la capacidad de escuchar la voz de la mujer y hacer el esfuerzo de entender sus preferencias y preocupaciones, además de proporcionarles ayuda y apoyo emocional<sup>28,29</sup>. Además, hemos de tener presente que para poder utilizar el conocimiento médico-sanitario y la tecnología correcta en la atención humanizada al nacimiento, de acuerdo con Wagner<sup>31</sup>, es preciso que los profesionales de la salud construyan relaciones de respeto entre ellos.

## CONCLUSIONES

Hoy en día sabemos que el cuidado basado en la evidencia y en el conocimiento científicamente sólido es un componente esencial de la atención humanizada al nacimiento; sin embargo, no deberíamos confundir el modelo humanizado con un movimiento antitecnológico, ni tampoco con un regreso al pasado que implique una visión idealizada y romántica del parto tradicional.

La humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad. Las matronas debemos ser pioneras en la interiorización y puesta en práctica de los diferentes aspectos que comprende la atención humanizada; para conseguirlo, necesitamos basar nuestros conocimientos y prácticas en la evidencia y utilizar competencias ético-actitudinales como el respeto, la empatía y la escucha activa, para tomar en consideración el respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo del proceso de gestación y parto, y de esta forma situarla en el centro de la asistencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Collière MF. *Promouvoir la vie*. París: Intereditios, 1982.
- Hipócrates. *Sobre las enfermedades de las mujeres I*. Madrid: Gredos, 1988.
- O'Dowd MJ, Philipp EE. *Historia de la ginecología y obstetricia*. Barcelona: Edika Med, 1995.
- Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9: 5-10.
- Goberna Tricas J. *Dones i procreació. Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. Tesis doctoral, 2009 [acceso el 11 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/1762>.
- Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área 1 de Salud de la región de Murcia. *AIBR*. 2012: 225-47.
- Foradada CM, Grimau M. La cesárea. ¿Demasiadas o demasiado pocas? *Folia Clin Obstet Ginecol*. 2002; 33: 6-47.
- Walsh DJ. Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Social Health Illn*. 2010; 32: 486-501.
- Goberna-Tricas J. Toma de decisiones en atención sanitaria a la maternidad: la voz de las mujeres. En: Boladeras M, ed. *Bioética: la toma de decisiones*. Barcelona: Proteus, 2011; 325-52.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. *Lancet*. 1985; 2: 435-6.
- Behruzi R, Hatem M, Frase W, Goulet L, Li M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Mayo de 2010: 10- 25. Doi: 10.1186/1471-2393-10-25.
- Umenai T, Wagner M, Page LA, Faundes A, Rattner D, Dias MA, et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75: S3-4.
- Defensor del pueblo. España. Informe anual 2006 [acceso 11 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/anual/Documentos/INFORME2006informe.pdf>
- Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE de 15 de noviembre de 2002.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Protocol per a l'assistència natural al part normal. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2007.
- Akrich M, Pasveer B. Embodiment and disembodiment in childbirth narratives. *Body and Society*. 2004; 10(2-3): 63-8.
- Katz Rothman B. *In Labor: Women and Power in the Birthplace*. Nueva York: Norton, 1982.
- Kitzinger S. *The Midwife Challenge*. Londres: Pandora Press, 1988.
- Oakley A. *The Captured Womb: a History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Blackwell, 1984.
- Department of Health. *Changing Childbirth*, vol. I. Her Majesty's Stationery Office. Londres, 1993.
- Umenai T. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2-4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75: S1-2.
- Misago C, Kendall C. From culture of dehumanization of childbirth to childbirth as a transformative experience: changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75: S67-72.
- Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75: S25-37.
- Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75: S5-23.
- Santos OM, Siebert ER. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75 Suppl 1: S73-9.
- Harrison MJ, Kushner KE, Benzie K, Rempel G, Kimak C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth*. 2003; 30(2): 109-15.
- Kuo SC. [Humanized childbirth]. *Hu Li Za Zhi*. 2005; 52(3): 21-8.
- Hodnett E. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD000062.
- Roland-Schwartz ML. *Birthing experience: feminism, symbolic interaction, and (re)defining birth* [tesis doctoral]. Oregon: Oregon State University, 2007.
- Wagner M. Global midwifery –traditional and official– and humanization of birth. *Midwifery Today Int Midwife*. 2007; (83): 55-7.
- Díaz-Tello F, Paltrow LM. Birth justice as reproductive justice. 2010.
- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Med Health Care Philos*. 2010; 13(1): 49-58. DOI: 10.1007/s11019-009-9220-0. [Epub 2009 Aug 11].
- Behruzi R. What are the components of humanized childbirth in a highly specialized hospital? An organizational case study [tesis doctoral]. Montréal: Université de Montréal, 2011.
- Van Teijlingen E, Lewis G, McCaffery P, Potter M. *Midwifery and medicalization of childbirth: Comparative perspectives*. Nueva York: Nova Science Publishers, 2004.
- Akrich M, Leane M, Arriscado J. Practising childbirth activism: a politics of evidence. *Papiers de Recherche du CSI*. París: Centre de Sociologie de l'Innovation, 2012.