

UNIVERSITAT DE BARCELONA

El part a casa: una aproximació als discursos i pràctiques en un curs de preparació al part

Treball de final de grau en Antropologia social i cultural

Natàlia Sirvent i Castells
nataliasirvent92@gmail.com

Tutors: Silvia de Zordo i Joan Bestard Camps
Curs acadèmic: 2014-2015

RESUM

El part a casa constitueix una alternativa als models del part hospitalari o medicalitzat, i s'ha de contemplar per les pràctiques i les premisses ideològiques que busquen diferenciar-lo d'aquests darrers models, més comuns a la nostra societat avui en dia. A través de la observació participant en un curs de preparació al part a casa, i de la mà dels discursos i els exercicis proposats per les professionals del centre observat, es revelen els fonaments del rebuig a determinades característiques del model hospitalari, així com els trets principals amb els que es configura un procés del part que es presenta centrat en la capacitat de decisió de la mare-paridora sobre ell i en el paper d'acompanyament de les llevadores. Així mateix, en tant que procés social sobre el que es subscriuen determinats imaginaris culturals, el curs de preparació observat revela la construcció social del part que en fan les seves professionals, en aquest cas, basat en la naturalesa fisiològica i constitutivament femenina del procés.

Paraules clau: part, part a casa, natural, hospitalari, humanitzat, hol·lístic, tecnocèntric, biomèdic, mare, llevadora.

SUMARI

1. Introducció.....	1
2. Metodologia i Objecte d'estudi	3
3. Estat de la qüestió: Crisi del model tecnocèntric de la salut i sorgiment d'alternatives.....	4
4. Anàlisi del curs de preparació al part.....	8
4.1 El part a casa com alternativa al model del part hospitalari: discursos i pràctiques al curs de preparació.....	8
4.2 La concepció “naturalista” de la dona i el part al curs de preparació.....	14
5. Conclusions.....	17
6. Bibliografia consultada.....	18

1. Introducció

L'elecció de les mares i parelles que decideixen voluntàriament no sotmetre's a un part hospitalari i/o medicalitzat suscita una qüestió important sobre la renúncia a un model biomèdic concebut com universalment apropiat i segur. Els centres de preparació al part a casa o natural ofereixen una alternativa a aquest model i a les problemàtiques que se'n deriven. Alhora, els discursos i pràctiques que es descriuen configuren les bases d'un model alternatiu a l'hospitalari, centrat en el reempoderament de la dona-paridora, en la figura de la llevadora com a acompanyant i en el respecte als processos fisiològics “naturals” del part. En l'estudi que segueix em proposo descriure i analitzar aquests discursos i pràctiques observats en un curs de preparació dirigit al part a casa o al part no medicalitzat, en un centre de la

ciutat de Barcelona orientat a aquests models. Per mitjà d'una metodologia basada en la observació participant, s'analitzarà i contrastarà la informació obtinguda amb un marc conceptual que permeti comprendre les raons que expliquen el sorgiment de models alternatius del procés del part, així com les bases ideològiques sobre les que aquests es fonamenten.

En primer lloc, doncs, es desenvoluparà un marc teòric que contextualitzi les característiques i premisses del model mèdic hegemònic, com també les problemàtiques que se'n deriven i que han conduït a parlar de la seva "crisi" (Foucault, 1976; Menéndez, 1992). Alhora, l'objectivització del cos en el paradigma tecnocràtic de la medicalització, que el concep com a quelcom a "corregir" i susceptible a la intervenció des d'una concepció basada en la prevenció de riscos (Le Breton, 1994), s'ha dotat d'aplicacions diferents per a homes i dones, fet que ens permet relacionar la institucionalització del model biomèdic amb les relacions de poder i de gènere (Inhorn, 2008). Aquest fet ha donat lloc a l'aparició dels models humanitzat i hol·lístic que es descriuran (Biurrun-Garrido, 2013; Davis-Floyd, 2008).

En segon lloc, l'observació del curs de preparació convida a la reflexió sobre la relació entre la perspectiva del part com a procés fisiològic i la construcció conceptual de la seva "naturalitat" intrínseca. Així, per una banda, es farà una comparació de les premisses teòriques desenvolupades amb les dades empíriques recollides durant la observació, demostrant com els discursos i les pràctiques del curs de preparació constitueixen un model alternatiu del part centrat en el re-empoderament de la dona i la seva capacitat de decisió sobre el seu cos i part, així com en una perspectiva fisiològica i no patològica d'aquest, i en el rol d'acompanyament de les professionals que l'assisteixen.

D'altra banda, s'analitzarà com les premisses dicotòmiques que segons Sherry Ortner (1979) assimilaven la dona a la natura i l'home a la cultura, es troben aquí reformulades a través, però, d'un discurs que contempla la *naturalesa femenina* de la reproducció com quelcom constitutivament positiu. De la mà de l'empoderament de la mare-paridora, es consolida una concepció de la mateixa on les seves atribucions pròpies, considerades essencialment "més naturals" i "animals" que les dels homes –als que se'ls atribueix la contrapart "racional" i "cultural" del procés– arriben al seu punt més àlgid en el moment del part, on es desenvolupen amb força. Finalment, també s'analitzarà la perspectiva integradora entre cos i ment, i mare i fetus que acompanya aquest model, fent ús de les teories desenvolupades per Davis-Floyd (2001;2003), així com els usos socials del cos (Douglas, 1978) que es proposen per al part.

En suma, a través del marc teòric i de la informació obtinguda per mitjà del treball etnogràfic realitzat en el centre de preparació al part, el text que segueix pretén descriure i analitzar els discursos i les bases ideològiques del curs presenciat, centrant-se per tant en l'alternativa que aquest ofereix respecte al model del part hospitalari, en les bases del seu rebuig, i en els fonaments conceptuals que configuren aquest model del part a casa, on la relació entre els processos fisiològics i les relacions de gènere adquireixen un paper determinant.

2. Metodologia i Objecte d'estudi

La metodologia utilitzada per aquest treball ha estat la observació participant efectuada en un centre de preparació al part de la ciutat de Barcelona, orientat al part a casa i al part no medicalitzat, així com també a la criança. La observació es va dur a terme durant nou sessions un cop per setmana –que era quan el grup es reunia–, entre els mesos de gener i abril, en un curs realitzat per aquest mateix centre destinat a la preparació dels processos de l'embaràs, el part i el post-part. Tot i ser un curs de preparació orientat al part a casa, això no era un requisit per assistir-hi, i no totes les parelles d'assistents pensaven parir a casa, de manera que les sessions es centraven en proporcionar la informació i tècniques necessàries per dotar les mares i parelles de més autonomia i capacitat de decisió davant de qualsevol model de part al que decidissin optar.

Pel que fa a l'objecte d'estudi, en un primer moment es pensava centrar en tots els integrants del grup –professionals del centre, embarassades i acompanyants–, però el desenvolupament del curs va fer patent la rellevància del discurs i les pràctiques proposades per les seves professionals, que van ser tres: la llevadora en cap i directora del centre, que dirigia les primeres hores on s'abordaven i comentaven les qüestions més teòriques; l'educadora social del centre, que dirigia les segones hores de les sessions on es duïen a terme dinàmiques i exercicis en parella; i una segona llevadora, que guiava i participava d'ambdues parts alternativament. Tot i també formar-ne part, els assistents –set parelles en total–, van denotar un rol més passiu durant el curs, essent habituals les preguntes sobre qüestions de l'embaràs i el part, però molt menys freqüents les converses i debats entorn a les explicacions de les professionals. D'aquesta manera, tot i que la informació obtinguda durant la observació es va complementar a través de converses informals amb les professionals i assistents del centre, el gruix de les dades etnogràfiques s'ha extret del discurs de les dues llevadores i de l'educadora social, i s'ha centrat l'objecte d'estudi en la cosmovisió del part que transmetien aquestes informants. En definitiva, el treball etnogràfic ha permès copsar els discursos i pràctiques del model de part proposat i promulgat des del

curs de preparació, així com les seves bases teòriques i ideològiques, fet que és, en definitiva, el tema central d'aquest estudi.

Resumint, el curs de preparació al part en que es basa el present treball constitueix un exemple idoni per descriure i comprendre el sorgiment de models alternatius al part hospitalari. Els discursos i pràctiques que es descriuen al centre i les seves sessions reflecteixen algunes tendències i postures que, durant les passades dècades, han constituït el qüestionament i les crítiques al model biomèdic d'atenció a la salut reproductiva de les dones. Conceptes com part "normal", "humanitzat" i "hol·lístic" són reflex de tals transformacions, que s'han de contextualitzar en un marc conceptual que compregui el seu lligam amb les relacions de poder i de gènere, i la construcció social de la reproducció i la maternitat. En l'apartat que segueix es farà un repàs bibliogràfic de les característiques del model biomèdic o tecnocèntric, i de les premisses que constitueixen els seus qüestionaments. Amb tot, es pretén introduir un marc teòric que permeti comprendre el sorgiment de models alternatius al part hospitalari, així com les seves característiques ideològiques i els canvis que promulguen.

3. Crisi del model mèdic tecnocèntric de la salut i sorgiment d'alternatives

La busca de models alternatius per als processos del part es pot explicar pel qüestionament o la crítica a certes característiques del model hospitalari, inclòs en el que s'anomena el model mèdic hegemònic actual (MMH), que es pot definir també com el model biomèdic o tecnocèntric, i majoritari a la nostra societat (Menéndez, 1992:100). Michel Foucault (1976) ens aporta eines per comprendre les arrels i característiques d'aquest sistema de salut, així com una reflexió sobre si les seves problemàtiques ens poden conduir a parlar o no de la seva "crisi".

En les bases conceptuals d'aquest model de salut anomenat tecnocèntric, hi trobem tant el racionalisme científic com un individualisme modern relacionat amb la objectivització del cos exposada per David Le Breton (1994:199), mentre que pel que fa a la seva institucionalització, el Pla Beveridge (1942)¹ s'esmenta com un dels fonaments de la regulació moderna de la salut (Foucault, 1976:154). Les bases d'aquesta "regulació moderna de la salut" s'emmarquen, doncs, en unes premisses centrades en l'efectivitat i el progrés

¹El Pla Beveridge (1942) fou un pla de reforma social britànic, formulat i presidit per William H. Beveridge, que pretenia redistribuir la renda nacional a través de les assegurances socials i els subsidis familiars, els quals variaven en funció del nombre, de l'edat i del sexe dels membres de la família. A més d'Anglaterra, aquest pla tingué un gran ressò en altres països d'Europa (Grup Enciclopèdia Catalana: <<http://www.enciclopedia.cat/EC-GEC-0009802.xml>>), com un model per a la organització estatal de la salut, i fou considerat un preludi determinant per a l'establiment de la Seguretat Social i l'Estat del benestar (Foucault, 1976:152).

indefinit de la ciència, aplicada a la medicina, així com en una creixent burocratització de la mateixa basada en la prevenció de riscos (Castel, 1983) i en l'aplicació de circuits i polítiques mèdiques dirigides a evitar-los. A més, la jerarquitització de les relacions entre els professionals de la salut i els seus pacients, la generalització de l'ús d'analgèsics i anestèsics, o la introducció de la medicina en l'economia de mercat –la consagració de la seva indústria i consum– (Foucault, 1976:159-167), constitueixen tant les característiques d'aquest model com alguns dels trets que se'n qüestionen. Una “crisi”, diu l'autor, que també deriva dels riscos associats a certes les aplicacions mèdiques (ibíd., 1976:160), de la desconfiança d'un coneixement que només és comprès per un sector especialitzat de la població, i d'una no sempre relació directa entre l'augment global del consum mèdic i el nivell de salut (ibíd., 1976:167).

Des d'una perspectiva similar, el “cos com a esborrany” és la premissa de la que parteix David Le Breton (1994) per analitzar un paradigma tecnocràtic centrat en la prevenció de riscos, que ha acompanyat la objectivització d'un cos cada vegada més susceptible a la seva “correcció” per mitjà de la ciència i de les seves aplicacions tècniques: “[...] *la carne del hombre que encarna su parte maldita según innumerables sectores de la tecnociencia, se adhieren, felizmente, para remodelar, rehacer, <<inmaterializar>>, transformar en mecanismos controlables, para de alguna manera liberar al hombre del embarazoso arraigo carnal donde maduran la fragilidad y la muerte*” (Le Breton, 1994:198). D'aquesta manera, la objectivització del cos es pot explicar per un saber biomèdic que és un “saber sobre l'organisme” (ibíd., 1994:200), i que es centra en aquest organisme i les seves estructures “mecàniques”, dissociant-lo de l'individu al que encarna. Parlem, doncs, d'una “gestió tecnològica del cos” (ibíd., 1994:205) sobre la que, a més, s'ha d'advertir una relació significativa amb les qüestions de gènere. Doncs M.C. Inhorn (2008) apunta la relació que aquest model i la seva gestió del cos mantenen amb els àmbits de la salut sexual i reproductiva, així com el lligam d'aquest fenomen amb les relacions de gènere i de poder. En suma, remarca que les tecnologies del sistema biomèdic són tecnologies de gènere – “gendered technologies”– donat que el model tecnocràtic, amb el seu paradigma corrector, ha desenvolupat aplicacions històriques diferents sobre els cossos femení i masculí (Inhorn, 2008:180).

És per això que quan parlem de les característiques del model tecnocràtic, aplicades als processos de la sexualitat i la reproducció de les dones, s'han de tenir en compte els discursos i les pràctiques específiques d'aquest model en un fenomen que és constitutivament femení. “*Este proceso biomédico y la medicalización de la salud se da de una forma particular con las mujeres, que refuerza su situación de dependencia y, por tanto,*

su posición subordinada. Lo que nos induce a relacionar la institución médica y su praxis con la reproducción y mantenimiento de un sistema social de control y regulación de las mujeres” (Blázquez Rodríguez, 2005:7). Aquesta perspectiva és compartida, en alguns aspectes, per l'autora R. Davis-Floyd, que enumera i exposa els trets del model tecnocràtic aplicats específicament sobre la salut reproductiva de les dones i, més concretament, sobre el part. Unes característiques que són, principalment, la separació entre la ment i el cos, és a dir, l'objectivització del cos i la pacient; l'alienació entre pacients i professionals i la jerarquitització de la seva estructura professional, que deriva en l'autoritat i la responsabilitat atribuïdes al professional, i no a la pacient; una concepció “patologista” o “de risc” sobre el cos i els seus processos, així com la centralitat en la seva “cura” o “prevenció” i, conseqüentment, una pràctica intervencionista sobre aquests –amb l'èmfasi en els resultats a curt termini– (Davis-Floyd, 2001:5-10). Així doncs, les premisses del model tecnocràtic de la salut es concreten en el tracte que aquest fa dels processos reproductius per mitjà d'una instrumentalització del cos i del part que deriven en un alt intervencionisme i medicalització dels mateixos. En suma, una visió “de risc” o de “cura” del cos i els processos de l'embaràs i del part pot conduir a la interpretació de *“la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica”* (Biurrun-Garrido, 2013:63).

Al mateix temps, la jerarquitització dels professionals de la salut i l'alienació entre aquests i els pacients es materialitza, en la pràctica, en l'autoritat i la responsabilitat del metge per sobre de la mare gestant, fet que es potencia amb l'ús d'un argot tecnicista que revalida el metge com a professional: *“Obvious cues such as titles and white coats signal the authority of the physician, who can add to his status by withholding information, and using technical jargon the patient cannot understand”* (Davis-Floyd, 2001:8). Així, els trets específics del model tecnocèntric, aplicats als processos del part, han acompanyat una delegació de la responsabilitat i del poder sobre el part en favor del metge, essent un exemple clar d'aquest fet la normalització de la postura litotòmica que permet la maniobrabilitat d'aquest, i no de la mare, durant el procés: *“In childbirth, one of the most graphic demonstrations of the power of “doctor’s choice” is the lithotomy position so popular with doctors no because it is physiologically sound, but because it enables them to attend births standings up, with a clear field of maneuvering”* (ibíd., 2001:8).

Resumint, una concepció que concep i qualifica determinats processos com a “dolorosos” o “de risc” (ibíd., 2001:7-8), tendeix a desenvolupar un model i unes pràctiques dirigides precisament a pal·liar aquests aspectes. Aquestes pràctiques, que es socialitzen com a “més segures” i per tant preferibles, es justifiquen, doncs, per la creença en un benefici intrínsec

derivat d'aquesta aplicacions preventives –des de l'ús de l'anestèsia fins la provocació artificial del part o l'aplicació de cesàries preventives– (ibíd., 2001:5).

Aquest fenomen, i les característiques que se n'han exposat, han comportat el seu qüestionament i la busca d'alternatives per part d'alguns sectors de l'àmbit de la salut (Arnau Sánchez et al., 2012 ; Biurrun-Garrido, 2013). El sorgiment d'altres models del part, alternatius al model tecnocràtic, busquen suplir algunes d'aquestes característiques que es conceben com a problemàtiques. Més concretament, els models humanístic i hol·lístic, àmpliament exposats per Davis-Floyd (1994;2001), es defineixen per atorgar una atenció especial a l'entorn en que es desenvolupa el part, i per concedir més capacitat de decisió a la dona sobre el procés, buscant el seu reempoderament. Així, mentre el model humanístic es caracteritza per combinar la perspectiva biomèdica i del professional de la salut amb les necessitats individuals del pacient com a subjecte relacional, respectant la seva capacitat de decisió i compartint la responsabilitat entre ambdós (ibíd., 2001:10-15), la perspectiva hol·lística sobre el part es distingeix per conferir una importància especialment significativa a la relació entre la ment i el cos, i entre la mare i el fetus, i al paper d'aquesta relació en el desenvolupament del part. A més, aquest model es particularitza per subordinar la biomedicina a la decisió del pacient, i per conferir a aquest l'autoritat i la responsabilitat sobre el procés (ibíd., 2001:16-21).

Finalment, cal afegir també que, en les últimes dècades del segle passat, el qüestionament per part d'activistes i moviments crítics amb l'alt intervencionisme del part (Davis-Floyd, 2001:11) i els replantejaments de certes pràctiques mèdiques (Biurrun-Garrido, 2013:63) van impulsar l'aparició de protocols del “part respectat” per part d'organismes internacionals com la OMS², que van derivar en la introducció de “plans de part” que fomenten la llibertat de les dones per elegir on parir i sota quines condicions (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011: Plan de Parto y Nacimiento). Per altra banda, no es pot obviar tampoc el paper que el sistema biomèdic i alguns dels seus avenços, tals com les tecnologies abortives i anticonceptives, han tingut en els moviments d'alliberament sexual de la dona durant la segona meitat del segle passat i en la seva incorporació massiva al món laboral. La desvinculació de la sexualitat i la reproducció ha acompanyat l'allunyament progressiu de les dones de l'àmbit domèstic, i la consolidació d'una fecunditat decreixent que ha donat lloc a nous models de família, i que ha comportat una intensificació de la maternitat i la paternitat, o “intensive parenting” (Hays, 1996). Amb tot, la introducció massiva de la dona al món

² La Organització Mundial de la Salut (O.M.S.) i el Ministeri de Sanitat i Consum (M.S.C.) defineixen el part “normal” com aquell que cursa amb un començament espontani i de baix risc al començament del part, mantenint-se com a tal fins al naixement (Arnau Sánchez et al., 2012:231).

laboral s'ha de relacionar també amb un decreixement important de la fecunditat, essent moltes les dones que tenen un sol fill i, per tant, viuen un sol part a la seva vida. Un fet que s'ha de remarcar, doncs ha condicionat el replantejament de pràctiques com el part o la lactància.

Així doncs, avui en dia seria un error parlar del sistema biomèdic com un model absolutament tecnocèntric. Les seves característiques s'han de matisar, doncs varien segons el lloc i el centre mèdic, o les pràctiques que s'hi duen a terme. Pel que fa als models sobre el part, aquests també s'han diversificat, per la generalització del protocols pel part respectat i per la inclusió d'opcions més diverses en els plans de part, i més pròximes al model humanístic (Biurrun-Garrido, 2013:63). Amb tot, les postures alternatives al model hospitalari, com el curs de preparació que s'exposa a continuació, continuen essent significatives pels qüestionaments i replantejaments que susciten al voltant del fenomen del part.

4. Anàlisi del curs de preparació

4.1. El part a casa com alternativa al model del part hospitalari: discursos i pràctiques al curs de preparació

Les sessions setmanals del curs de preparació al part, que s'exposa a continuació, es dividien en dues meitats d'una hora cada una, amb un espai de pocs minuts entre mig. Per una banda, la primera hora estava dirigida per la llevadora en cap i directora del centre, acompanyada d'una segona llevadora. Es dedicava habitualment a l'explicació dels processos del part, les seves fases i característiques, l'estat de les embarassades i acompanyats, i els canvis ocorreguts durant la setmana. Per altra banda, la segona hora, guiada per l'educadora social del centre i també la segona llevadora, s'orientava a l'explicació i realització d'exercicis destinats a la preparació de l'embaràs, la dilatació i el part, o a l'auto coneixement del cos i les emocions pròpies de les embarassades i les seves parelles.

Les professionals d'aquest curs oferien i defensaven un procés de preparació al part, i del part mateix, que per les seves característiques s'inscrivia en els models "humanitzat" i "hol·lístic" que defineix Davis-Floyd (2001), doncs comprenia característiques de tots dos. Mentre el model proposat per al part a casa s'adeia més amb la perspectiva hol·lística que afirmava seguir el centre, al comprendre i valorar els aspectes fisiològics, psicològics i relacionals del part com quelcom integrat i inter-relacionat en el procés (ibíd., 2001:16-22), també es defensaven tots els elements orientats a un tracte "humanitzat" del part, tant a casa com a l'hospital, dels que destacava la defensa de les llibertats de decisió, de moviment i

d'acompanyament de la dona en aquest procés. Alhora, el rebuig a certs aspectes del model hospitalari i/o medicalitzat del part també es va fer patent en el discursos i les pràctiques del curs. Així, una de les primeres qüestions a destacar és l'apunt que la llevadora en cap i directora del centre va fer durant l'entrevista preliminar on es va acordar assistir al curs de preparació. Davant d'un comentari sobre el caràcter "alternatiu" dels parts a casa, va recalcar el concepte de "naturalitat" i de "normalitat" dels parts no hospitalaris. Va insistir en el "treball" que havien fet sobre aquests conceptes, i en la necessitat d'assenyalar que eren els parts hospitalaris els vertaderament "alternatius", i no els que elles –les llevadores del centre– propugnaven, doncs afirmava que els parts a casa eren els més comunament habituals, històrica i geogràficament parlant. Durant les hores de les sessions setmanals que es van dedicar a les explicacions dels processos de l'embaràs i del part, els discursos de les llevadores s'emmarcaven en aquesta visió crítica del model del part hospitalari i/o medicalitzat, fet que es reflectia tant en l'esment de les característiques problemàtiques d'aquest tipus de part, com en les pràctiques alternatives que proposaven i les seves idees essencials. La premissa central era la de considerar el part com un procés més de la sexualitat femenina, on la intimitat, el contacte i la comunicació eren considerats aspectes molt importants i, per tant, a tenir en compte. D'aquesta manera, les llevadores afirmaven defensar un model d'assistència al part que s'emmarqués dins d'una visió hol·lística de la salut, on les aproximacions física, psicològica i social –que reconeixien la importància de tenir en compte l'entorn de la futura mare– eren igualment importants. Així, les llevadores explicaven que en alguns casos l'entorn de la mare o de la parella podia mostrar-se contrari a un part a casa, atribuint-li desavantatges que van des de la incomoditat fins al perill per la mare i el nadó. D'aquesta manera, reconeixen la importància d'aquest factor com un dels aspectes psicològics i socials a tenir en compte en l'acompanyament d'un part, i la necessitat d'aportar tota la informació necessària a la parella i el seu entorn.

Amb tot, es feia evident el rebuig a certes pràctiques hospitalàries, que moltes vegades es descrivien com innecessàries o excessivament agressives sobre els cossos de la mare i el fetus, és a dir, es problematitzava l'intervencionisme d'un part hospitalari. El discurs central girava entorn al concepte que "la dona ja sap parir", un "saber" associat a les característiques fisiològiques d'un part i d'un cos que ja "està fet per parir" gràcies a la fisiologia innata del mateix. Frases com "*la dona ja sap parir*", "*vosaltres, el vostre cos, ja sap parir*" o "*el cos et demana quan empènyer*" van ser recurrents durant les sessions. Les llevadores també van comentar diverses vegades que elles "*no havien d'ensenyar a parir*" a les mares, sinó

acompanyar-les en un procés que elles ja estaven preparades per dur a terme³. En summa, la premissa discursiva del centre no concebia el cos –en concret el cos de la mare-gestant– com quelcom a corregir, és a dir imperfecte, i necessitat d'intervenció per facilitar uns processos ja de per si costosos o perillosos, sinó com un element “savi” i naturalment –innatament– preparat per dur a terme aquests processos amb normalitat⁴. La “normalitat” del part s'associava, a més, amb el seu caràcter majoritari, doncs s'afirmava que, en contra de la visió general, una ampli percentatge de les dones (el 95%) estaven preparades per parir sense riscos ni medicalització. Per tant, el part a casa esdevenia des d'aquest punt de vista quelcom que la majoria de dones podien realitzar. Això justificava conceptualment el rebuig a les pràctiques hospitalàries propícies a la intervenció o la medicalització “preventives” sense haver un risc⁵ real que les requerís: les ecografies i tactes excessius, les cesàries innecessàries o la provocació del part, l'ús d'hormones i anestèsics, o les vacunes i les revisions posteriors eren exemples d'aquest postura. Més concretament, les llevadores desaconsellaven pràctiques com la provocació artificial del part o l'ús de cesàries sense un motiu de risc específic, advocant pel “respecte” a un procés “natural” del part, encara que aquest trigués a iniciar-se després del trencament de la bossa o que s'aturés durant un cert període de temps. Pel que fa a l'ús d'hormones o d'anestèsics artificials, les llevadores afirmaven que el cos ja contenia les hormones necessàries per facilitar el part. En concret, l'oxitocina i les endorfines es van definir com “l'anestèsia natural” del cos. A més, l'ús d'oxitocina artificial, de la dolantina o de l'òxid nítrós, es deia, *“podien ser contraproductes, inhibint el paper de les hormones naturals, que és el de facilitar el part i fer-lo més portable”* (llevadora en cap del centre). Sobre la qüestió de les vacunes no es va desaconsellar directament el seu desús, però sí que s'informava dels efectes secundaris o de la “toxicitat” que podien comportar. Així mateix, les llevadores explicaven que les mares i pares no sabien de “sentir culpables” perquè el nadó agafés certes malalties, doncs s'afirmava que formava part del seu procés d'immunització i de creixement. Finalment, les llevadores també es van mostrar a favor de “respectar” la integritat de les membranes, no

³ Per a les sessions explicatòries es van utilitzar diapositives i una maqueta a escala de l'úter per descriure la matriu com un *“òrgan molt potent i flexible, absolutament preparat per al part”*, reafirmant la seva funció fisiològica i “naturalment” preparada per l'embaràs i el part (llevadora en cap del centre).

⁴ La Organització Mundial de la Salut (O.M.S.) i el Ministeri de Sanitat i Consum (M.S.C.) defineixen el part “normal” com aquell que cursa amb un començament espontani i de baix risc al començament del part, mantenint-se com a tal fins al naixement (Arnau Sánchez et al., 2012:231). Aquesta definició també la van utilitzar les llevadores per definir un “part normal” com aquell que s'inicia de forma espontània i no requereix intervenció fins que s'expulsa la placenta.

⁵ Per optar a part natural es van citar tres aspectes claus: *“que sigui de baix risc, que la parella es responsabilitzï de la seva decisió i que se'n tingui el desig”* (diapositiva llegida per la llevadora en cap del centre).

trencant-les, és a dir, respectant el trencament natural de la bossa, el tancament del cordó i l'expulsió de la placenta.

Com s'ha dit, l'aproximació del centre sobre el part afirmava ser tant fisiològica com humanitzada i hol·lística. Aquest segon aspecte es concretava en dos elements principals: la importància atribuïda a l'entorn i la connexió entre la ment i el cos. Pel que fa a la importància de l'entorn, es relacionava amb la llibertat de decisió que es propugnava atorgar a la dona sobre el seu propi procés del part. La lliure elecció de l'entorn (l'espai i els assistents) que acompanyarien el moment era, doncs, un element determinant, del que s'afirmava i s'insistia la relació que un bon entorn per a la mare tenia en el desenvolupament d'un part "normal" i amb menys complicacions⁶. Aquests elements formaven part d'una sèrie de "drets" que les llevadores consideraven que havien de tenir totes les dones a l'hora de parir, i que es van fer patents tant en el seu discurs com en les diapositives de les sessions explicatives⁷. Així mateix, també es considerava un fet essencial no separar la mare i el bebè després del moment de l'expulsió, remarquant la importància del concepte anomenat "pell amb pell" i, per tant, la rellevància de l'element relacional en els processos fisiològics com el part⁸. A més, s'afirmava que facilitava l'adherència espontània del nadó al pit, mentre que la separació podia provocar estrès i, en conseqüència, pèrdua d'adherència. També es va fomentar la pràctica del co-llit –dormir amb el bebè– durant forces mesos. En aquest sentit, les llevadores van afirmar que els "mals costums" en la maternitat havien fomentat que no es veiessin bé aquestes pràctiques, com la lactància aletargada. En resum, s'aconsellava practicar el co-llit i la lactància els mesos que es pogués i fins que "s'estigués còmode".

Per altra banda, l'altre element principal sobre el que es remarcava i s'insistia la llibertat de decisió de la dona durant el part era el de les postures, i moltes de les sessions es van destinar a l'explicació i la pràctica d'aquestes, perquè tant la mare-gestant com la parella experimentessin amb temps quines podrien ser les més adients per al seu part. R. Davis-Floyd (2001) afirma que la més generalitzada de les postures en el part hospitalari és la

⁶ Un aspecte que l'autora R. Davis-Floyd (2001) també apunta com una característica pròpia d'un model humanitzat de la salut, que recalca la importància de *"the connection of the patient to the multiple aspects of herself, her family, her society and her health care practitioners. [...] This paradigm insists on the deep humanity of the humanity of the individuals involved and stresses the importance of the patient-practitioner relationship to the healing process."* (ibíd., 2001:12).

⁷ Concretament, els "drets" de les dones sobre el part explicats en les diapositives van ser: la lliure elecció del lloc, el poder decidir i tenir el control, estar acompanyades de la gent que volen, i el respecte a la llibertat de moviments i al procés fisiològic del part.

⁸ En general, aquest aspecte també s'inscriu en el que apunta R. David Floyd (2001) sobre el model humanitzat del part: *"(activistes del part natural als anys 70) began to demand that fathers and significant others should be allowed into delivery rooms, that mother and baby should not be separated after birth, that friends and relatives be allowed to remain with the laboring woman if such was her desire"* (ibíd., 2001:11).

litotòmica, que no sols fa més complicat el part –en contrast amb d’altres on el nivell de rec sanguini i d’oxigen per al bebè, la capacitat d’empènyer i la major amplitud de moviments de pelvis faciliten el procés– sinó que contribueix a l’estatus superior del metge-professional, en un model de part orientat al seu confort i conveniència: *“In the West, “up” is good and “down is bad”; the person who is “on top” has the status and the power, and rarely gives it up for the good of the laboring and child.”* (ibíd., 2001:8). Aquest aspecte es relaciona amb el rol “d’acompanyants” que les llevadores del centre advocaven per a elles mateixes, subordinant-se a les necessitats i requeriments de la mare i el nadó, i no al revés. Així, remarcaven contínuament la conveniència d’adaptar-se als requeriments de la mare-paridora, a l’espai, les postures i l’entorn que aquesta escollís⁹. Aquesta visió també s’adiu als models humanitzat i hol·lístic del part, que pretenen atorgar eines i espais flexibles que donin llibertat de moviments, decisió i acompanyament durant el part (Davis-Floyd, 2001:12-13;18). Amb tot, mentre el part a casa s’inscrivía més aviat en un model hol·lístic de la salut, centrat en la capacitat de decisió, a les parelles que havien optat per realitzar-lo a l’hospital se’ls donava consells dirigits a estar informades dels seus drets per tenir un part “el més humanitzat possible”, doncs donat que les llevadores havien assistit a parts hospitalaris durant anys, les sessions explicatives s’acompanyaven de comentaris dedicats a informar i facilitar el part hospitalari, per exemple en relació als dret de demanar una cadira de part – que permet més moviment que una llitera– o consells com no anar-hi massa d’hora o no “autodiagnosticar-se”: *“A un hospital, –va explicar la llevadora en cap– si després de trencar la bossa el part no es desencadena en poques hores és habitual que es procedeixi a induir-lo o a realitzar una cesària. És aconsellable esperar-se una estona, i no arribar a l’hospital i dir: estic de part. El diagnòstic el fan ells, és millor explicar símptomes”*.

Exposada la importància atribuïda a l’entorn i la llibertat de decisió, el segon element destacat, que era la connexió entre la ment i cos, es definia per la influència que l’estat d’ànim i l’entorn tenen en el bon desenvolupament d’un part, i per la necessitat de conèixer i comprendre els processos físics per tal d’assimilar-los adequadament. En summa, es recalca la importància, no només d’un ambient que assegurés la comoditat, la sensació de seguretat i el positivisme, sinó que la mare fos capaç de reconèixer aquesta relació, prenent “consciència del cos” i de la seva connexió amb “ella mateixa”, que també incloïa la relació o connexió amb el fetus. Així, a més del “*prendre consciència*” i “*aprendre a escoltar el*

⁹ El fet que fossin les llevadores les que es desplaçessin quan la mare hagués iniciat el part a casa, així com la total disposició per telèfon fos l’hora que fos, el relat d’experiències sobre parts en diferents espais i postures, o les fotos de parts que estaven penjades a les parets del centre –on se les veia habitualment ajagudes sota la mare–, remarcava aquesta subordinació de la llevadora a les necessitats i comoditats de la mare durant el part.

cos per saber què ens diu” –deia habitualment la segona llevadora del curs–, les molèsties s’interpretaven com un missatge del cos, que “*potser et demana descansar*”, o com part d’un procés “*en que dos individus s’ha d’acoblar*”. Aquest fet reflecteix una visió integradora entre la mare i el fetus, o una “perspectiva integradora del part” (Davis-Floyd, 1994:13-15), que concep que el reconeixement i l’ús d’aquesta connexió permetran un esdevenir més fàcil dels processos de l’embaràs i del part. Un exemple d’aquesta visió fa referència al tractament del dolor, doncs mentre el model hospitalari s’orienta al voltant de la seva eliminació mitjançant l’ús d’anestèsics, el discurs i les pràctiques de les sessions s’orientaven a pal·liar-lo a través de la llibertat de postures i de moviments, de l’estat d’ànim de la mare, i de la comoditat de l’entorn i el tractament positiu i respectuós de la mare i el nadó. Més concretament, sobre el dolor, ambdues llevadores van afirmar que aquest “*no és obligatori*” i que, com en la menstruació, “*cada dona i cada úter és diferent*”. Així, un cop més, el discurs s’inscrivía en un model hol·lístic que relacionava els elements físics, psicològics i l’entorn. Per això es deia que “*el dolor és interpretat pel cervell*”, i que a més de “*les hormones naturals que el contraresten*”, cuidar l’entorn i les necessitats físiques de la mare –com fer massatges o aplicar fred i calor en zones concretes–, i donar missatges positius, podia ajudar molt a segregar endorfines, facilitant el part i fent-lo menys dolorós.

Amb tot, les concepcions sobre el risc també divergeixen en un i altre models. Mentre el model tecnocèntric concep el cos com un element més “precar”, i els processos fisiològics com l’embaràs quelcom de risc que s’ha de prevenir o intervenir per mitjà de la tecnologia mèdica –“*When the unfortunate byproduct of this technological reconstruction of birth is a baby in distress from a now-dysfunctional labor, we rescue that baby with more technology (episiotomy, forceps, cesarean section)*” (Davis-Floyd, 2001:9)–, al curs de preparació es considerava, en primer lloc, que aquests riscos no eren tant acusats –el part com a procés fisiològic hauria d’esdevenir de forma natural en la majoria dels casos–, en segon lloc, que el tractament humanitzat que permeti un bon estat d’ànim i major seguretat, així com el reconeixement de la relació ment/cos i la seva aplicació, podien facilitar el part en gran mesura i, en tercer lloc, que els riscos moltes vegades derivaven de la mateixa intervenció i sobre-medicalització del part hospitalari. Un exemple d’aquests “riscos hospitalaris” va derivar d’una conversa relativa a la donació de la sang de cordó que una parella volia realitzar. Les llevadores es van mostrar a favor d’esperar que el cordó deixés de bategar per tallar-lo, per tal que tota la sang arribés a l’organisme del nadó, fet que implicava no poder fer la donació de sang per no arribar als mínims de quantitat necessària. Aquesta opinió s’incloïa en una sèrie de premisses relatives al “respecte” cap al bebè, sobre la seva acollida i primeres proves, que les llevadores afirmaven realitzar sense necessitat de separar-lo de la

mare, ni amb un excessiu estrés o intensitat en la seva neteja. En definitiva, la idea central era la de que “cada bebè decideix quan néixer” i que per tant “no se l’ha de forçar” (segona llevadora del curs de preparació). Finalment, cal apuntar que tot i que les qüestions descrites en aquest apartat s’inscrivien en el discurs oficial del centre, i per tant s’advocaven com a millors, les llevadores afirmaven defensar la llibertat en la presa de decisions de mares i parelles, donant la informació suficient perquè aquestes fossin el més autònomes possibles en qualsevol dels models de part que decidissin realitzar¹⁰.

4.2. La concepció “naturalista” de la dona i el part al curs de preparació

Resumint, els models humanístic i hol·lístic del part que defineix R. Davis-Floyd (1996;2001) es caracteritzen per una concepció on s’interpreta el cos i la ment com interconnectats i inter-influents: “*Humanism in childbirth allows for the possibility that the laboring woman’s emotions can affect the progress of her labor, and that problems in labor may be more effectively dealt with through emotional support than through technological intervention*” (ibíd., 2001:11). D’acord amb aquesta premissa, en el curs de preparació s’insistia setmanalment en la importància de “conèixer” i “prendre consciència” del propi cos i de les emocions que hi influeixen. Aquest “prendre consciència” es materialitzava més clarament en les hores dedicades als exercicis més pràctics, on es practicaven les diverses postures per al part o s’exercitava la zona –el sòl pèlvic–, es feien sessions de yoga i relaxació o dinàmiques de rol, totes destinades a “aprendre a relaxar-se i deixar-se anar” per tal de “conèixer el propi cos i la parella”. Aquests exercicis o dinàmiques es feien habitualment durant la segona hora de les sessions, que estava guiada per l’educadora social del centre i per la segona llevadora del curs, i es dedicava a l’explicació i realització d’exercicis destinats a la preparació de l’embaràs, la dilatació i el part, o a l’auto coneixement del cos i les emocions, pròpies de l’embarassada i de l’acompanyant. Per aquest motiu els exercicis es feien habitualment en parella, dues vegades, per intercanviar-se els rols¹¹. Per tant, es feia molt d’èmfasi en treballar la comunicació de la parella per tal de preparar-se per al moment del part i aprendre a conèixer les necessitats emocionals i d’acompanyament que es podrien tenir. Les dinàmiques de rol i els intercanvis de posicions en els exercicis servien, doncs, perquè cadascun pogués conèixer amb temps i empatitzar amb les funcions i les emocions de l’altre, i poder-ho aplicar durant el part.

¹⁰ Aquest últim aspecte, sobre el discurs i la perspectiva de les llevadores, i la seva influència sobre les i els assistents, es matisarà al final de l’apartat següent.

¹¹ Les dinàmiques de rol, com la representació d’un part, on cada assistent simulava un rol concret –mare, pare, llevadora, acompanyant i nadó– es feien amb la intenció que cadascun pogués posar-se en el rol de l’altre i ajudar a empatitzar durant el part.

Una comunicació que, cal recalcar, s'havia de treballar prèviament, doncs es concebia que la naturalesa constitutiva del part la dificultava. Més concretament, es descrivia el part com un *“moment visceral, no racional”*, on la comunicació verbal quedaria probablement relegada a un segon terme. Doncs s'afirmava que la dona, en el part, no estaria per preguntes racionals com *“el número del DNI”*, essent aquest i d'altres comentaris semblants recurrents en totes tres professionals del centre citades, que sovint desencadenaven en anècdotes sobre parts que havien presenciat. Així, les referències al caràcter “animal” del part va constituir un aspecte central dels discursos i les pràctiques observades durant les sessions. Per exemple, en les pràctiques dedicades a l'exercici de postures per al part es comparava habitualment la postura litotòmica que es deia ser “artificial” amb aquelles més “naturals”, com la de la dona col·locada a quatre grapes, postura amb la que s'havia apuntat que *“som mamífers, a la natura pareixen així”* (educadora social del centre). Aquesta “animalitat” del part feia referència a la naturalesa fisiològica del mateix –un procés que es comparava amb el de la resta de mamífers–, però sobretot, i és determinant apuntar-ho, feia referència a la proximitat amb tal caràcter “animal” que les dones, i no els homes, posseeixen per la seva capacitat innata de parir, fet que s'intensifica durant aquest moment –el part–. D'aquesta manera, a través dels discursos de les dues llevadores i de l'educadora social, es descrivia habitualment la dona-paridora com “irracional”, o imbuïda per un moment de “visceralitat” i “d'animalitat” que la comparava i l'acostava a la seva condició de “mamífer” i, per tant, a una categoria més pròxima a la “natura”, que ja es magnificava durant l'embaràs però que, en el part, s'esdevenia el seu moment de clímax. Per altra banda, l'home era definit habitualment com a més “racional”, és a dir, com la contrapart cultural –o més alienada de la natura¹²– durant el procés. Es deia d'ell que, en tant que element racional del procés del part, tenia la funció d'estar pendent de les necessitats de la mare-paridora durant el part¹³, ja que potser ella no *“estaria per pensar en allò”* (llevadora en cap del centre). En resum, s'aconsellava evitar les preguntes “massa racionals” i centrar-se en una comunicació més emotiva, en consonància amb l'estat de la mare-paridora.

Aquesta atribució dicotòmica de la categoria de “cultura” a l'home i de la de “natura” a la dona l'havia analitzat l'autora Sherry B. Ortner (1979), formulant que *“las mujeres son consideradas <<simplemente>> más próximas a la naturaleza que los hombres”*, una

¹² En una ocasió es va comentar que, pel fet de no dur-lo a dins com la mare, els pares no prenen del tot consciència del bebè i de la paternitat fins que aquest no naixia. Es va dir també que, potser per això, els bebès s'assemblaven més als pares durant les primeres setmanes de vida, com una forma que tenia la “natura” de crear la connexió amb ells.

¹³ És interessant apuntar que en cap moment els acompanyants de les futures mares van qüestionar aquesta postura, i només en una ocasió un d'ells va expressar que en un altre curs al que assistien en un hospital –i no pas en aquest– es donava poca importància a la figura dels pares durant el part.

proximitat que “*comienza con el cuerpo y las naturales funciones procreadoras específicas de las mujeres*” (ibíd., 1979:8). Però mentre la premissa de l'autora és que tal dicotomia socialitza la inferioritat social de les dones, ja que “*representan un orden inferior de la existencia, al haber trascendido a la naturaleza menos que los hombres*” (ibíd., 1979:8), aquest fet no semblava ocórrer al curs de preparació. Tot i l'ús d'un vocabulari que, en aparença, es podria considerar discriminador cap a ella –com “d'animal” o “irracional”–, el cert és que més aviat el que semblaven transmetre les professionals del centre era una valoració positiva especial precisament d'aquesta capacitat específica de la dona per apropar-se a un estat “més natural” o “més animal”, derivat de la seva condició d'embarassada i paridora, és a dir, de mare. En summa, es denotava una apreciació molt positiva de la maternitat i, amb això, de l'estat de l'embaràs i del procés de parir; fet que també es caracteritza per ser un tret del model hol·lístic de l'atenció al part al contemplar i valorar la maternitat com quelcom essencialment positiu¹⁴.

Cal destacar, per altra banda, els usos del cos que des del curs es proposaven per al part. Mary Douglas, a *Símbolos naturales* (1978), reflexiona sobre els usos socials del cos, les expressions del qual estan condicionades per la manera com la societat el percep i delimita les seves formes d'expressió: “*el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico. La experiencia física del cuerpo, modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuales lo conocemos, mantiene a su vez una determinada visión de la sociedad. [...] Como resultado de esa interacción, el cuerpo en sí constituye un medio de expresión sujeto a muchas limitaciones*” (Douglas, 1978:89). Afirmar que el sistema social imposa un control sobre el cos i, per tant, unes limitacions sobre les seves formes d'expressió, que varien segons els tipus de situacions i les formes corporals que s'hi consideren adequades (ibíd., 1978:91-93). D'aquesta manera, l'autora sosté que un control social fort és acompanyat d'un control corporal estricte que desqualifica aquelles expressions considerades impropis o inapropiades, i tendeix a “descorporitzar” les formes d'expressió. Per contra, diu, en altres contextos socials o en situacions rituals o de trànsit es denuncien els formalismes, i són preferents l'abandonament del control corporal en favor de les seves expressions espontànies, d'agitació o d'efervescència, “*al responder también a la experiencia social que se expresa*” (ibíd., 1978:94-95;98). Per bé que la reflexió de Douglas no fa referència al part, és interessant destacar com des del curs de preparació s'aconseïava i valorava un abandó de les restriccions i de la vergonya en les expressions del cos, un

¹⁴ R. Davis-Floyd (1994) també fa referència a aquest element del model hol·lístic de l'atenció al part, i de la visió per part de mares i acompanyants sobre la seva connotació positiva: “*These homebirthers felt deeply and strongly the female physiological processes, including birth, are healthy and safe*” (1994:13).

“deixar-se anar”. Les sessions dedicades a la pràctica de postures per al part s’acompanyaven d’aquesta apreciació positiva del deixar anar el cos o deixar-lo “fluir” per tal que la mare-paridora es col·loqués de la forma més còmoda per a ella i això facilités el procés de les contraccions i l’expulsiu. Encara més, en una sessió la segona llevadora va insistir específicament en la necessitat d’abandonar les pressions socials i no tenir vergonya de les postures, sorolls, gemecs o crits, és a dir de les expressions espontànies que poguessin sortir durant el part, exemplificant-ho i convidant les assistents a fer el mateix. A més, va apuntar que a l’hospital això es dificultava, per la vergonya, la menor intimitat i l’afegit de la llitera que condicionava les postures. En summa, afirmava que a més d’èsser “natural”, *“posar-se en mode cos i sentiment, i no ment, per acompanyar les contraccions”* era una manera d’afavorir el procés. Així, a més d’una estima positiva d’uns usos expressius del cos –i una desvalorització dels formalismes–, trobem altre vegada l’element de la relació entre la ment i el cos exposada a l’apartat anterior: un cos que es contempla com a “savi” i “naturalment” preparat per parir, i un “saber escoltar-ho” que, es diu, facilitarà tant l’embaràs com el part.

Finalment, aquest últim aspecte permet apuntar que tot i que les llevadores afirmaven defensar qualsevol de les opcions que les mares i parelles escollissin, l’imaginari del part que construïen i transmetien imbuïa el seu entorn i, en alguna ocasió, la influència sobre les assistents es va fer patent. Per exemple, davant l’expressió d’una de les futures mares per les ganes de fer-se una altra ecografia i veure que tot anava bé, se li va respondre que *“per què, si estava preciosa i ningú més que ella sabia si tot anava bé”* (segona llevadora). Més endavant, aquesta mateixa assistent va fer patent que ella *“escoltava el seu cos, que el coneixia”*. De forma general, les i els assistents no van qüestionar ni rebatre cap de les afirmacions donades, i en les dinàmiques on es requeria que expressessin les seves impressions, per bé que tímidament, adoptaven un vocabulari sobre les emocions i la relació entre la ment i el cos semblant a l’expressat per les professionals.

5. Conclusions

El part a casa apareix com una alternativa al part hospitalari i/o medicalitzat i a certes característiques d’aquest que es contempen com a problemàtiques. En concret, a través del treball etnogràfic en un curs de preparació al part, s’ha pogut copsar la perspectiva de les professionals d’aquest curs sobre el procés del part, que s’inscriu en els models humanitzat i hol·lístic del mateix. Aquesta perspectiva es centra en el respecte a la capacitat de decisió de la dona-paridora, en la importància atorgada a l’entorn i en el paper d’acompanyament de les llevadores durant el part. Una postura que també contempla el part com un procés fisiològic i no patològic ni de risc, advocant per la no intervenció a menys de ser necessària. A més,

també es dota d'una rellevància significativa a la relació entre la ment i el cos, i a que el reconeixement d'aquesta relació afavoreix tant l'embaràs com el moment del part.

A la vegada, es desvela que el discurs de les professionals reconstrueix un imaginari del part basat en la naturalesa del mateix com un procés fisiològic innat, en la proximitat de la dona a la categoria de natura i en la dicotomia entre aquesta i el rol de l'home com a contrapart cultural del procés. En definitiva, una construcció simbòlica sobre la naturalitat intrínseca de la figura de la mare, que deriva directament de la capacitat, també natural, que té per parir. Aquest fet es relaciona amb el valor atorgat al "prendre consciència del cos", i suscita la qüestió de si la responsabilitat sobre el part –de la mà de l'augment en la presa de decisions de la dona– no recau ara sobre la capacitat d'aquesta per redescobrir o abraçar la seva "naturalesa" com a paridora.

6. Bibliografia consultada

- ARNAU, José et al. (2012). "Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia". *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2): 225-247.
- BIURRUN-GARRIDO, Ainoa; GOBERNA-TRICAS, Josefina. (2013). "La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía". *Matronas profesión*, 14(2): 62-66.
- BLÁZQUEZ, M^a Isabel. (2005). "Aproximación a la Antropología de la Reproducción". *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42: 1-25.
- CASTEL, Robert. (1983). "De la peligrosidad al riesgo". Dins AA.VV.: *Materiales de Sociología Crítica*. Barcelona: La Piqueta, pàg. 219-243.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. (1994). "The technocratic body: American childbirth as cultural expression". *Social Science and Medicine*, 8(38): 1125-1140.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. (2001). "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 75: 5-23.
- DOUGLAS, Mary. (1978). "Los dos cuerpos". Dins *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza Editorial, pàg. 89-107.
- FOUCAULT, Michel. (1976). "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". *Educación médica y salud*, 10(2): 152-170.
- GRUP ENCICLOPÈDIA CATALANA: "Pla Beveridge". URL: <<http://www.enciclopedia.cat/EC-GEC-0009802.xml>> [Consulta, 16/06/2015].
- HAYS, Sharon. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Yale: Yale University Press.
- INHORN, Marcia C.; BIRENBAUM-CARMELI, Daphna. (2008). "Assisted Reproductive Technologies and Cultural Change". *Annual Reviews of Anthropology*, 37: 177-196.

LE BRETON, David. (1994) “Lo imaginario del cuerpo en la tecnocracia”. *Reis*, 94(68): 197-210.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011) *Plan de Parto y Nacimiento: Estrategia de Atención al Parto Normal. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Espanya: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de las Mujeres. Gobierno de España.

MENÉNDEZ, Eduardo. (1992). “Modelo Médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”. Dins CAMPOS, R. (comp.): *La Antropología Médica en México*. Mèxic: Instituto Mora-Universidad Autónoma Metropolitana, pàg. 97-114.

ORTNER, Sherry. (1979). “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?” Dins HARRIS, Olivia; YOUNG, Kate (comp.): *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Editorial Anagrama, pàg. 109-131.