

Reflexión ética sobre lo *humano*, dentro del movimiento social por un parto humanizado

Ethical reflection on what is *human* within the social movement for a humanized birth

Maria José Montes-Hernandez¹ y Martha Eugenia Sañudo-Velázquez²

Tecnológico de Monterrey

(Monterrey, México)

Resumen

El concepto de parto humanizado es una crítica a los sistemas de atención hospitalaria del parto y una reflexión sobre posibles maneras distintas de ejercer una práctica médica. El objetivo de este artículo es analizar la génesis del movimiento social por el parto humanizado como respuesta a algunas prácticas médicas que han relegado a la mujer a una posición de menor autonomía con menores oportunidades para expresar sus preferencias en torno a su atención médica. Sin embargo, se plantea que para instituir nuevas prácticas médicas es esencial examinar antes los orígenes del término humanismo para recuperar lo humano en el acto de decidir traer una vida humana al planeta.

Palabras clave: Bioética, humano, Ciencias médicas, Ética médica, parto

¹ Maria José Montes-Hernandez es maestra en Estudios Humanísticos en el Tecnológico de Monterrey.

Dirección electrónica: mariajose.monteshernandez@gmail.com

² Martha Eugenia Sañudo-Velázquez es doctora en Filosofía, profesora de la Escuela de Humanidades y Educación Tecnológico de Monterrey. Correo electrónico: msanudo@tec.mx

Abstract:

The concept humanized childbirth is a critique of the most common systems implemented for childbirth attention in hospitals and a reflection upon what other different ways of medical practice around childbirth are possible. We suggest that the genesis of this social movement for a humanized childbirth is a response to some medical practices that have maneuvered women to a position of less autonomy and fewer opportunities to express their preferences around the delivery of their child. We propose that to establish new medical practices it is essential to examine the origins of the term humanism to recapture what is human in the sublime passage of childbirth.

Keywords: Bioethics, humane, Medical Sciences, Medical Ethics, Childbirth

SUMMA HUMANITATIS

Introducción

La iniciativa conocida como movimiento por un parto humanizado, gestado en Latinoamérica, pero presente hoy en día alrededor del mundo, es una voz de alerta; lo que propone es un cambio radical en la forma como se lleva a cabo la atención del parto. Esta iniciativa cuestiona las acciones con las que se plantean los protocolos de atención del parto y que suelen estar presentes en la mayoría de los espacios médicos del mundo, teniendo en consideración que la gran mayoría de los nacimientos se realizan en un ambiente hospitalario, medicalizado, en el cual existe un alto uso de tecnología (WHO, 2018). El cuestionamiento es profundo, implicando incluso preceptos que para muchos son irrevocables dentro de las buenas prácticas médicas; por lo tanto, lo vuelve un movimiento controversial.

En específico, se quiere destacar que este movimiento alude a una medicalización creciente de los procesos de parto, que puede llevar a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afectar de manera negativa su experiencia de parto. Se le hace sentir como si fuera una persona enferma, dependiente, y sujeta a las decisiones científicas que se le proporcionan (Busfield, 2017; Clesse et al., 2018). La petición por un parto humanizado es ciertamente para mejorar la manera en la que se llevan a cabo los nacimientos y busca establecer una experiencia positiva (Davis-Floyd, 2001; Sánchez, 2016). Sin embargo, en Latinoamérica las discusiones en torno a la atención del parto humanizado se abordan con frecuencia desde perspectivas mucho más comprometidas y preocupantes de forma que incluso se ha acuñado el término violencia obstétrica.

La violencia obstétrica señala las agresiones físicas y psicológicas conducidas hacia las mujeres durante la atención médica del parto (Villanueva, 2010; Pozzio, 2016). La violencia obstétrica, que implica un problema jurídico y de salud en la región, debe tomarse como una señal ineludible para revisar con urgencia las acciones médicas en relación con el parto. ¿Es posible que el parto, que debiera ser la forma más positiva y cuidada de comenzar la vida, se haya convertido en una rutina mecanizada y, para muchos, indigna? De esta forma, el objetivo de este artículo es realizar una reflexión sobre la génesis del movimiento por el parto humanizado. Se considera dónde se origina el clamor hacia lo humanizado con el fin de aportar, a partir de una discusión ética, la necesidad de replantear el término humano como una noción ha servido a través de los siglos para determinar el significado de las acciones de la persona incluidas en ella la actividad científica.

Marco teórico. La medicalización del parto

En los años 70, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a recibir constantes reclamos manifestados por las mujeres, quienes buscaban mejorar la experiencia del parto. Existía una incongruencia entre cifras que sugerían una mejora en la atención, y la percepción de mujeres embarazadas que sentían que el trato era cada vez peor. Las usuarias denunciaban violencia a través de maltratos físicos, emocionales y verbales que vivían en las salas de parto (WHO, 1985; Villanueva, 2010; Pozzio, 2016; Sánchez, 2016). La intervención de la OMS para buscar mejores prácticas llevó a la realización de la conferencia conocida como la Declaración de Fortaleza, llevada a cabo en la ciudad de Ceara en Brasil en abril de 1985. Fue en esta conferencia que la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la oficina regional de América realizaron la conferencia

Tecnologías apropiadas del parto frente a un público integrado por 50 representantes de los distintos sectores relacionados con la atención del parto: obstetras, parteras, enfermeras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores en salud y madres. La Declaración de Fortaleza representa la apertura de la discusión en torno a la atención del parto en la comunidad médica y no médica. Como resultado, la OMS consideró que las recomendaciones eran relevantes para todos los servicios de salud materna a nivel mundial, llevando a que esta declaración fuera documentada en la revista británica *The Lancet* en el artículo: “Appropriate Technology for Birth”, publicado en agosto de 1985 (WHO, 1985).

Desde 1985, el abordaje del parto humanizado continúa vigente y ha cobrado mayor importancia, ya que en las últimas décadas las críticas a la atención continúan (Villanueva, 2010; Almaguer, 2012; Sánchez, 2016; Bohren et al., 2017; Grupo..., 2018). Los puntos clave se enfocan en la percepción de las usuarias al recibir una atención médica sistematizada, rutinaria, carente de empatía, con lo que dificulta el establecimiento de la relación médico-paciente. Este proceso, que en la literatura moderna se menciona como la deshumanización de la atención médica, se asocia a los cambios de gran fondo que se han presentado en la práctica médica en general (Moreto et al., 2018). Este paradigma es el resultado de modificaciones en el contexto histórico y social de prácticas humanas como la salud, la escolarización, las formas de producción y consumo que son estudiadas por infinidad de autores y a través de muy diversas aristas. La deshumanización de prácticas médicas, en lo que concierne al parto, se atribuye a varios sucesos históricos recientes. Uno es el considerar el embarazo como patología (Barker, 1998) y a consecuencia de ello la transferencia del parto al ambiente hospitalario, por ende, medicalizado.

La consideración del embarazo como patología se presenta sutilmente desde la retórica del modelo biomédico, que, a inicios de 1900 en Estados Unidos, buscó introducir a la mujer el cuidado prenatal a través de un cuadernillo informativo. El cuadernillo, recién publicado en 1913, brindaba consejos, instrucciones y buscaba una mejor comprensión del embarazo por parte de la mujer. Sin embargo, en la siguiente edición, el enfoque presentado estaba encaminado al reconocimiento del embarazo como una entidad patológica, una condición médica. En la segunda edición, el contenido presentaba un lenguaje científico que asociaba al parto con la enfermedad y una necesidad de atención por parte del médico. Así empezó a considerarse el parto como una cuestión que no debería llevarse a cabo en casa, y se veía la conveniencia de que este ocurriera en el hospital (Barker, 1998).

El traslado del parto de casa al hospital comenzó en la segunda mitad del siglo XX, pero fue evidente en la década de los años 70 en Latinoamérica cuando se llevó a cabo una gran campaña de expansión de la atención de la salud materna hacia los centros de atención primaria (Müller et al., 2015; Sánchez, 2016; Faget et al., 2017; WHO, 2018) y se empleó como estrategia para disminuir la mortalidad materna. El trasladar la atención del parto al hospital implicó modificaciones profundas para la autonomía de las mujeres embarazadas y para las parteras que solían brindar atención y acompañamiento al momento del parto (Müller et al., 2015; Castrillo, 2015; Sánchez, 2016). La atención del parto en el hogar suponía un ambiente seguro, familiar, que favorecía a la mujer, pues esta podía hallar tranquilidad y confianza del ámbito privado. Cambiar el lugar del parto al hospital además representaba despojar a las parteras de una práctica legitimada por su conocimiento, sus experiencias y las tradiciones. El parto pasó de estar en manos expertas familiares a manos no familiares de

médicos y obstetras cuya posición académica incluso permitía desacreditar el conocimiento de las mujeres parteras (Castrillo, 2015; Sánchez, 2016).

En el año 2000, los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se comprometieron a trabajar para lograr los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) entre ellos el reducir para el 2015 un 75% la razón de mortalidad materna (RMM) (Chávez et al., 2019). A pesar de los esfuerzos, los resultados obtenidos en 2015 mostraron no haber logrado la meta propuesta por la ONU, y sí se evidenciaron las inconformidades por parte de las mujeres usuarias y los problemas relacionados con el abuso de la medicalización y el uso desmedido de la tecnología. Se tomó como indicador clave el alza en las operaciones cesáreas (Quesada, 2018; Chávez et al., 2019).

Las campañas para reducir la mortalidad materna consideraron contar con mayor control sobre el embarazo estandarizando la atención del parto. Esto señala que el seguimiento de protocolos de atención puede ser útil para el personal de salud. No obstante, la manera como se está llevando esta atención vulnera la experiencia de la madre durante el parto. Consideramos que el parto se redujo al cumplimiento de las normas de atención, el cumplimiento de objetivos y logros cuantitativos (Díaz, et al., 2019; Hernández et al., 2019; Pintado et al., 2019; Nava et al., 2020). Ahora bien, no cabe duda de que existen beneficios evidentes que la racionalidad científica aportó en la atención del parto. En específico, se encuentran datos epidemiológicos contundentes que señalan que la tasa de mortalidad materna (neonatal, perinatal o infantil), la cual es un indicador internacional de desarrollo, ha decrecido constantemente desde los años 70 hasta nuestros días. Esto se debe sin duda alguna a la disponibilidad y acceso a servicios médicos. Lo anterior es sumamente importante

de resaltar, puesto que este artículo no pretende problematizar dichos datos. Por el contrario, lo que se desea proponer es precisamente que la deshumanización de la práctica médica está relacionada más bien con la forma en la que los cambios propuestos se aplican (Moreto et al., 2018). Es decir, los avances científicos y tecnológicos no tendrían necesariamente que romper con la sabiduría ancestral de las parteras ni debería presentarse de forma tal que inhabiliten la autonomía de las mujeres parturientas.

En efecto, es indiscutible que el uso de la tecnología y el desarrollo del parto hospitalario brindaron mejoras en la detección de complicaciones maternas. Entre ellos se encuentra el uso del ultrasonido para identificar el latido cardíaco del bebé, por ejemplo; esto ha sido una prodigiosa opción para disminuir la muerte fetal. Aunque también se debe de mirar de modo crítico lo que acabamos de mencionar, debido a que con el uso del ultrasonido se mostró un aumento en el número de nacimientos a través de cesáreas duplicando o incluso triplicando la cifra sugerida por la OMS en su momento. Los profesionales de la salud consideran que este cambio se pudo relacionar con la existencia de falsos positivos y al uso excesivo del ultrasonido durante la atención del nacimiento (Wagner, 1991). De similar manera, el uso de oxitocina sintética para la inducción-conducción del trabajo de parto (la finalidad es provocar de manera artificial contracciones uterinas ha evitado muertes de las madres) se ha vuelto tan común que implica constantemente la intervención del cuerpo médico sobre la madre. Esta necesita ser monitoreada con instrumentos médicos junto con el bebé y generalmente se realiza recostada en una camilla, incapacitando el libre movimiento (Barker, 1998; Sánchez, 2016).

Sirvan estos ejemplos para comprender que no se trata de oponerse a la ciencia o a la tecnología, sino de alertar sobre la facilidad de cómo el uso de la tecnología y la creencia de los beneficios científicos ocultan la necesidad imperiosa de estar alerta y cuidar que dicha tecnología esté realmente al servicio de las mejores prácticas para el beneficio humano. Así, se plantean dos cuestiones históricas que cambiaron la realidad del parto: la patologización del embarazo y el traslado del hogar al hospital. Marbella Camacaro (2008) hace énfasis en las dos fases de gran cambio para comprender el parto:

[...] la primera fue cuando la atención médico-obstétrica trastoca los protagonismos, pasando de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud, la otra y concomitante, fue cuando se trasladan los partos del hogar a los hospitales, concibiendo éstos (sic) como el espacio que certifica seguridad para las madres y los/as recién nacidos/as, éstas (sic) ocurrencias fueron posibilitadas gracias a la indiscutible verdad de la ciencia y el saber médico (p. 148).

Es así como el parto en las instituciones de salud pasa a ser parte de una razón objetiva e instrumental, que busca el beneficio del “producto”, a la vez que se medicaliza el parto y se deshumaniza la forma natural de traer a luz a los humanos (Bohren et al., 2017; Villanueva, 2010).

Frente a estas prácticas médicas de atención al parto, la noción de buscar un alumbramiento humanizado alude a un reclamo histórico de alternativas frente al modelo de atención del parto medicalizado. Este era un proceso natural que ha sido modificado de tal forma que la mujer ha perdido la libertad de elegir sobre acciones y reacciones íntimamente

ligadas con su cuerpo, sus decisiones y sus preferencias (Barker, 1998; Camacaro, 2009; Villanueva, 2010; Pozzio, 2016; Sánchez, 2016).

Discusión. Lo humano en el término parto humanizado

Etimológicamente la palabra humanismo proviene del latín *humanitas* y corresponde con la palabra griega *παιδεία*, que se refería a la formación y educación del ciudadano griego y fue introducido por Cicerón (106 a. C. - 43 a. C.). Entonces, el humanismo se refiere a la educación para ennoblecer al hombre y la política (Quesada, 2018). Ahora bien, en discusiones contemporáneas de bioética, se cuenta con otros dos términos en boga que aluden al humanismo: el transhumanismo y posthumanismo. Estas nociones permiten recordar que sus defensores aluden al término humanista por su carga histórica. Por ejemplo, el concepto transhumanismo, acuñado por Nick Bostrom, se refiere a un movimiento científico y filosófico que tiene como prioridad señalar el anhelo de la trascendencia e inmortalidad del ser humano (en Quesada, 2018). Bostrom retoma argumentos planteados durante el humanismo renacentista sobre la forma de enaltecer la dignidad del ser humano a través de la educación, para salvarse de un mundo bárbaro.

El transhumanismo ve como una evolución de estas ideas renacentistas el utilizar ahora la ciencia y la tecnología para llevar un paso más allá ese anhelo de superación: la inmortalidad del ser humano. El humanismo renacentista del siglo XV planteaba una escisión epistemológica entre el planteamiento teológico (ser imagen y semejanza de una deidad) y el antropocéntrico (el hombre como centro de la reflexión sin referencia trascendental) (Quesada, 2018). Considerando las características del humanismo renacentista y el

transhumanismo, salta a la vista que existe una conexión entre la reflexión interna y las actividades prácticas del humano. Es a través de la conciencia de sí mismo que se reconoce como una persona libre y capaz de desarrollar una postura moral, mientras que en su práctica existe una noción de responsabilidad ante su capacidad creadora, que puede llevarle al desarrollo de la ciencia y la tecnología.

En esta discusión, sobre la libertad interna y la creación científica, se inicia un enfrentamiento en el mundo académico al cuestionar la utilidad de las ciencias contra la utilidad de las humanidades. El llamado debate entre las ciencias exactas y las humanidades, se consolida con el cambio gradual que existió en los siglos XVIII al siglo XX con la Revolución Industrial y la Revolución Científica (Valcárcel, 2015; Snow, 2000). Durante este periodo, existió una transición entre la producción manual y el uso de máquinas. En el campo de conocimiento, las ciencias formales, como la física o las matemáticas, transitaron del pensamiento abstracto al pensamiento práctico, gestando así ciencias aplicadas como las ingenierías.

Las humanidades, desde la visión industrial, perdieron la partida, ya que parecerían no tener una aplicación técnica. En un contexto social e histórico enfocado en transformar, crear y posicionar el conocimiento humano en la transformación material del mundo, las humanidades parecen un cúmulo de conocimiento sin sentido práctico (Valcárcel, 2015). La ciencia, en este debate contra las humanidades, es considerada de gran utilidad y eficacia, dos nociones relevantes para el conocimiento tecnificado. La ciencia al ser útil y eficaz avala por sí misma su existir, mientras que los estudios humanísticos cuentan con menos respeto y apoyo durante la Revolución Científica. En este periodo, las “ciencias y técnicas se

universalizan mientras que las ideas que organizan la moral no son universales: siguen siendo parciales y dependen en gran parte de las religiones y de las comunidades a las que llamamos naciones” (Valcárcel, 2011, p.13). La aceptación de la ciencia llevó a crear una ideología ambiciosa en torno al alcance de esta, como si todo problema humano podría encontrar su solución a través de la aplicación de la ciencia en la tecnología. Sin embargo, para la segunda mitad del siglo XX, los humanistas empezaron a cuestionar el aparente progreso y a sospechar que se encuentran frente a un fraude ideológico, puesto que las ciencias avanzan, se multiplican las habilidades y saberes del ser humano. No obstante, la felicidad no aumentó y muchas desdichas no se resolverían con ayuda de la técnica y la ciencia (Valcárcel, 2015). Así, el humanismo se vuelve la conciencia ignorada de las consecuencias fallidas de la práctica científica y el lugar desde donde se pueden criticar las pretensiones de neutralidad del pensamiento científico.

La idea de una consciencia ignorada y del cuestionamiento de la ciencia está presente en la discusión cuenta con fuertes raíces en nuestras sociedades latinoamericanas: el humanismo existencialista de la posguerra (Arendt, 2010). Este humanismo acoge una visión ética necesaria para la construcción social de las décadas de 1950-1970, un periodo doloroso en la historia. Esto obligó al mundo entero a realizar una pausa y reconstruirse a sí mismo teniendo en consideración las víctimas y el horror que habían atravesado durante la Segunda Guerra Mundial, en específico por el holocausto. Si el hombre era responsable de autogestionar su existencia, establecer normas para vivir en una sociedad y generar sus precedentes morales, entonces las acciones del hombre deberían rendir cuentas ante el hombre mismo y ante las víctimas de las catástrofes ocasionadas en el pasado. El humanismo

de posguerra, como el de Sartre, es un humanismo que asume el respeto al ser humano y lo sitúa como fundamento de cualquier código (Sartre, 2005; Arendt, 2010; della Mirandola, 2010; Quesada, 2018).

En su conocida conferencia *El existencialismo es un humanismo*, Sartre (2005) propone que existen dos formas de ver el mundo. La primera de ellas es considerando la existencia de Dios, que lleva a justificar la existencia y por lo tanto las acciones del hombre; en cierto sentido el hombre tiene una utilidad en el mundo definida por su creador. La segunda es contraria a la primera, pues si Dios no es quien desarrolla la idea del hombre hasta llegar a construir la utilidad de este, el individuo se encontrará completamente desamparado y tendría una utilidad definida por su propia naturaleza. Para Sartre esta segunda postura implica una nueva toma de conciencia sobre el hombre, como un ente responsable de su propia existencia.

Es notable que tanto el humanismo renacentista, el existencialismo humanista del siglo XX y el transhumanismo actual, ponen al ser humano en un lugar central, en el que se asume su capacidad para juzgar experiencias, interpretar acciones y evaluar prácticas sociales. Se trata de señalar la relevancia de una perspectiva subjetiva, ineludible en el actuar humano, aun cuando las prácticas estén arropadas por conocimientos científicos o sean prácticas que utilicen tecnología. De manera que el término “humanizado”, en este contexto, implica reconocer la libertad de las mujeres y hombres reafirmando que la técnica y la tecnología están sujetas a juicios morales. No existe una neutralidad en las acciones científicas.

En el caso de la atención médica y la atención médica del parto, la deshumanización se puede considerar como un rechazo o distanciamiento de las características que establecen lo humano. En términos del humanismo renacentista, se limitó la libertad de la mujer embarazada al ofrecerle un trato que la colocaba en una situación inferior, de subordinación, obediencia y dependencia. Desde el debate de la ciencia y la tecnología, deshumanizar implica alejarse de la reflexión crítica y la responsabilidad de las prácticas que surgen del pensamiento humano. Desde el humanismo de posguerra o existencialista, la deshumanización de la medicina se vinculó con escudarse en cuestiones de moral ligadas a lo religioso que paradójicamente subestiman la independencia del humano y la someten a un dogma.

Conclusión

La humanización de una actividad médica, como es la atención al parto, implica asumir a las mujeres y a los hombres involucrados como seres libres, con preferencias subjetivas e identidades complejas. Por supuesto que el conocimiento científico debe ser utilizado para prevenir enfermedades y muertes, pero este saber debe recordar su meta y no convertirse en excusa para una práctica indiscriminada e irrespetuosa de las peculiaridades de las personas y sus circunstancias. Buscar un parto humanizado permite recobrar la perspectiva subjetiva de evaluar qué prácticas convienen. La razón de ello es poder discutir si se ajusta o no el empleo de la tecnología y hasta qué punto se consideraría que el sujeto es libre de optar sobre su propio cuerpo. Buscar un parto humanizado debe de regresar a la mujer su responsabilidad de tomar decisiones sobre aspectos de su parto. Esta es otra manera de recuperar la maternidad y la forma de cómo traer una vida nueva al planeta.

Referencias

- Almaguer, J., García, H., y Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en cifras*, 10(2/3), 44-59.
- Arendt, H. (2010). Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal. Barcelona: Debolsillo.
- Arnau, J., Martínez, M., Nicolás, M., Bas, E., Morales, R., y Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.
- Barker, K. (1998). A ship upon a stormy sea: The medicalization of pregnancy. *Social Science & Medicine*, 47(8), 1067-1076.
- Biurrun, A. (2017). La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- Biurrun, A., y Goberna, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14(2), 62-66.
- Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Busfield, J. (2017). The concept of medicalisation reassessed. *Sociology of Health & Illness*, 39(5), 759-774.
- Camacaro, M. (2008). La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. *Ensayo y Error: revista de educación y ciencias sociales*, 17(35), 95-115.
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162.

- Castrillo, M. (2015). Parir en casa, parir en el hospital. Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto. *Geograficando*, 11(2), 1-15.
- Castro, J., y Clapis, M. (2005). Humanized birth according to obstetric nurses involved in birth care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 960-967.
- Chalmers, B. (1992). WHO appropriate technology for birth revisited. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 99(9), 709.
- Chávez, M., y Sánchez, N. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: Sucesos de violencia de género. *Revista de El Colegio de San Luis*, 8(16), 103-119.
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S., y Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161-167.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.
- della Mirandola, P. (2010). Relato del Génesis: Discurso sobre la dignidad del hombre. *Revista Digital Universitaria*, 11(11), 3-5.
- Díaz, R., Bobadilla, L., Fajardo, L., Méndez, N., y Gómez, S. (2019). Análisis de la mortalidad materna de los años 2013 a 2015 en el estado de Yucatán. *Revista biomédica*, 30(1), 25-30.
- Faget, M, y Capasso, A. (2017). Partería en México. México: Management Sciences for Health, UNFPA, MacArthur Foundation, Comité Promotor por una Maternidad Segura. Recuperado de: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Parteria_en_Mexico.pdf
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2018). La Pieza Faltante. Justicia reproductiva. Ciudad de México: GIRE.

- Hernández-Hernández A., Ríos-Arias G., Hernández-Bernardino G., Sánchez-Sánchez M., y Velásquez, A. (2019). Morbilidad y mortalidad obstétrica en un hospital de segundo nivel del estado de Oaxaca. *Avan C Salud Med*, 7(3), 77-81.
- Iglesias, S., Conde, M., y González, S. (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas profesión*, (2), 5-11.
- Montes, M. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili.
- Moreto, G., González, P., y Piñero, A. (2018). Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educación Médica*, 19(3), 172-177.
- Müller, A., y Parra, M. (2015). La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios. *Dilemata*, (18), 147-155.
- Nava-Guerrero, E., Nungaray-González, L., Salcedo-González, A., Cisneros-Rivera, F., Perales-Dávila, J., y Durán-Luna, A. (2020). Morbilidad materna extrema: intervenciones médico-quirúrgicas e indicadores para evitar la muerte materna. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(09), 606-614.
- Pintado, A., y López, O. (2019). Atención a la salud materna oportuna y apropiada: un abordaje desde los derechos humanos (DDHH). *Revista CONAMED*, 24(2), 91-94.
- Pozzio, M. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101-117.
- Quesada, F. (2018). "Transhumanismo": ¿Un nuevo humanismo? Un dilema fundamental para la bioética. *Revista Estudios*, (36), 419-443.
- Sánchez, G. (2016). Espacios para parir diferente un acercamiento a casas de parto en México. San Cristobal de las Casas, Chiapas: Ecosur.

- Sañudo, M., y Vázquez J. (2016). Aproximación ética y racional de la operación cesárea. *Realidad y Reflexión*, 16(44), 82-91.
- Sartre, J-P. (2005). El Existencialismo es un humanismo. México: Grupo Editorial Éxodo.
- Snow, C. (2000). Las dos culturas [1959]. Introducción de Stefan Collini. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Valcárcel, A. (12 de octubre de 2015). Construyendo el Humanismo del siglo XXI. Seminario. Evento llevado a cabo por Tecnológico de Monterrey. Monterrey, Nuevo León.
- Valcárcel, A. (2011). *Ética para un mundo global: una apuesta por el humanismo frente al fanatismo*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Villanueva-Egan, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista Conamed*, 15(3), 147-151.
- Wagner, M. (1991). Appropriate perinatal technology of having a baby in Europe. *From Reserch Decision Making. WHO. Geneva*.
- Wagner, M. (2007). Global midwifery--traditional and official--and humanization of birth. *Midwifery today with international midwife*, 83, 55.
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
- World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 2, 436-437.