

**«SOCIOLOGÍA DEL ESPACIO». LA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS PARITORIOS COMO CULTURA MATERIAL DE LOS PARADIGMAS OBSTÉTRICOS INMANENTES Y SU REPERCUSIÓN EN TÉRMINOS DE HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL**

**José Manuel Hernández Garre**

Universidad de Murcia

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2507-3121>

[jmhernandez@um.es](mailto:jmhernandez@um.es)

**Baldomero de Maya Sánchez**

Universidad de Murcia

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8950-295X>

[baldo@um.es](mailto:baldo@um.es)

**Paloma Echevarría Pérez**

Universidad Católica de San Antonio

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2458-611X>

[pechevarria@ucam.edu](mailto:pechevarria@ucam.edu)

**«SOCIOLOGY OF SPACE». THE LAYOUT OF BIRTHING ROOMS AS MATERIAL CULTURE OF IMMANENT OBSTETRIC PARADIGMS AND ITS REPERCUSSION IN TERMS OF HUMANISING CARE**

**Cómo citar este artículo/Citation:** Hernández Garre, J. M., de Maya Sánchez, B. y Echevarría Pérez, P. (2020). «Sociología del espacio». La distribución espacial de los paritorios como cultura material de los paradigmas obstétricos inmanentes y su repercusión en términos de humanización asistencial. *Arbor*, 196 (796): a560. <https://doi.org/10.3989/arbtor.2020.796n2013>

Recibido: 18 diciembre 2019. Aceptado: 5 mayo 2020.

**RESUMEN:** Desde la perspectiva de la «sociología del espacio» el estudio explora las conexiones que se dan entre los factores ideológicos (paradigmas de representación del parto), los sistemas de organización clínica (culturas del parto) y las evoluciones arquitectónicas (tipologías espaciales de los paritorios), y sus repercusiones en clave de humanización asistencial. Para ello se ha realizado una investigación etnográfica de veinticuatro meses de duración en seis paritorios del servicio estatal de salud de una región del sur de España. La técnica de investigación fue la observación participante, acumulando un total de trescientas veinticuatro horas de análisis. Los resultados muestran cómo las disposiciones arquitectónicas están íntimamente ligadas a los paradigmas y culturas obstétricas preexistentes, tendiendo desde las perspectivas tecnocráticas, en clave orgánica, a una fragmentación del espacio asistencial que deshumaniza el proceso, y desde las cosmovisiones holístico-humanísticas, en clave de *continuum*, a una reintegración espacio-asistencial que contribuye a la humanización.

**PALABRAS CLAVE:** Sociología; arquitectura; espacio; culturas del parto; humanización asistencial.

Copyright: © 2020 CSIC. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

**ABSTRACT:** From the perspective of the «sociology of space», this study will explore the connections that exist between ideological factors (paradigms of representation of childbirth), systems of clinical organization (cultures of childbirth) and architectural developments (spatial typologies of birthing rooms), and their repercussions in terms of humanising care. To this end, a twenty-four-month ethnographic investigation was carried out in six birthing rooms of the state health service in a region of southern Spain. The research technique was participant observation, accumulating a total of three hundred and twenty-four hours of analysis. The results show how architectural arrangements are closely linked to pre-existing obstetric paradigms and cultures, tending from a technocratic perspective, organically, toward a fragmentation of the healthcare space that dehumanises the process, and from holistic-humanistic worldviews, in terms of a continuum, toward a space-care reintegration that contributes to humanisation.

**KEYWORDS:** Sociology; architecture; space; cultures of childbirth; humanising care.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enmarca en el limen de un campo de análisis híbrido que se mueve entre la sociología, la cultura material y la arquitectura, en lo que podríamos etiquetar como «sociología del espacio» o «sociología de las cosas». Se pretende dar cuenta de cómo los hechos sociales se reflejan en los objetos materiales, partiendo de la concepción del fenómeno como una matriz de doble flujo en la que ambas dimensiones interactúan en la creación de la realidad socialmente construida. Se trata de un punto de vista, el análisis de la cultura material y el espacio, que en el contexto de las ciencias humanas es impulsado por autores como August Pitt-Rivers o Marcel Mauss, partiendo para ello de la representación de los objetos materiales como pruebas de los hechos sociales, como modos cristalizados de la sociedad que sirven para aproximarse a las perspectivas y clasificaciones de los ritos humanos (Mauss, 1970, p. 15). Estamos ante un debate epistemológico que se pregunta por la forma en que las realidades materiales, el espacio y el propio individuo manifiestan su estatus de relación a través de un proceso continuo de hibridación. Debate que parte de los postulados Spinozianos que sitúan las relaciones entre humanos en función de las cosas materiales, realidades inertes que están en el centro de los flujos humanos, pese a que su valor simbólico experimente continuas metamorfosis en función de valores sociales predominantes (Lordon, 2006). En este sentido, las teorías explicativas sobre la interacción entre los individuos, la cultura material y el espacio se complementan, divergen, e incluso se oponen, abarcando desde las posiciones Goffmanianas que la sitúan como un simple escenario donde se dirimen los flujos de la comunicación e interacción humana, hasta las coordenadas funcionalistas que la consideran como un medio empleado por el hombre para alcanzar un fin. De otra parte, están las posturas hermenéuticas postprocesualistas que la enmarcan en el «*habitus*» de un repositorio de significados que han de ser interpretados, entendiendo -en línea con la sociología Bourdiana- que la materia refleja ciertas distinciones sociales que sirven para materializar las ideologías hegemónicas. En esta línea, están también los posicionamientos que consideran irrealista la concepción del espacio y la materia como expresión de los distintos determinismos propuestos por la teoría social (Latour, 2005, p. 84), ya que esta cambia a medida que los investigadores y la sociedad la reifican, deviniendo así con los seres humanos que la producen, consumen y habitan (Zarankin, 1999). Así, lo material, la distribución espacial no sería un subproducto

de los valores sociales hegemónicos ni de las relaciones de producción dominantes, sino más bien una realidad que interacciona con el individuo a través de una red heterogénea de relaciones, ensamblajes e hibridaciones. Las conexiones entre los elementos arquitectónicos y los individuos no se podrían entender, pues, como realidades que se preceden ni ontológica ni temporalmente (Haber, 2011, p. 19), es decir como elementos que derivan el uno del otro, o viceversa, sino como dos dimensiones que devienen juntas en complejas relaciones con ritmos y temporalidades diversas a lo largo de un mismo proceso constructivo.

Se trata, en definitiva, de un debate que se pregunta por la idiosincrasia de la relación entre el yo interior y el mundo exterior (González Álvarez y Alonso González, 2014). Nudo gordiano que desde posiciones fenomenológicas se percibe como un todo íntimamente ligado (Ingold, 2000) en el que, en último término, puede prevalecer el yo como sujeto que percibe el mundo exterior (Tilley, 1991). Estaríamos ante la asunción de una dialéctica hegeliana que contempla las leyes de conexión, la lucha y unidad de los contrarios, y por supuesto las transacciones y transformaciones entre los espacios y la sociedad. Relaciones y transacciones entre el sujeto y su entorno mediadas por diferentes determinantes, como las relaciones económicas y de consumo que, en ocasiones, pueden convertirse en condicionantes últimos de las mismas (Miller, 1998). Desde estas premisas se asume una relación sujeto/objeto co-constitutiva (Rose, 2011) producida, como apunta Deleuze (1993, p. 78), en un mundo en continuo devenir en el que ambos se encuentran en comunicación recíproca. Así, la cultura material es una expresión de la ideología social, pero esta también se cristaliza y encuentra su estatus de posibilidad en el marco de unas realidades materiales concretas.

En el caso de este estudio, el aspecto de la cultura material que se quiere dirimir es la distribución de los espacios y la forma en que estos son condicionados por las cosmovisiones culturales preexistentes, a la vez que las propician y mantienen a través de su interacción con los sujetos. Nos encontramos en un campo de investigación que ha tendido a parcelarse, en el sentido de que el análisis del espacio, de las construcciones que crean lugares y *no lugares*, ha quedado enmarcado en el ámbito de la arquitectura, mientras los flujos, interacciones y representaciones de las personas en el marco de la sociología (Haber, 2011, p. 14). Configuración dicotómica cuyo punto de intersección es lo que se ha dado en llamar aquí con el seudónimo de «sociología del espacio», plano de la indagación

etnográfica que reflexiona sobre los modos en que los espacios contemporáneos interactúan con los individuos que los habitan, influyéndose mutuamente en un proceso de cocreación de la realidad socialmente compartida. Perspectiva que guía este análisis, centrado en investigar concretamente la distribución espacial de los paritorios contemporáneos como expresión material de determinadas perspectivas sociológicas del nacimiento. Se trata de un enfoque que ya ha sido utilizado por estudios anteriores centrados en estudiar aspectos como la influencia del espacio en la construcción de la corporalidad de la mujer durante el parto (Davis y Walker, 2010; Foureur *et al.*, 2010; Harte, Sheehan, Stewart y Foureur, 2016), la domesticación del nacimiento en el hospital (Fannin, 2003), la libertad de movimiento en los lugares de nacimiento (Lepori, 1994) o la experiencia durante el mismo (Machin y Scamell, 1997). Estudios que se centran en diferentes unidades de análisis como las posiciones de las madres durante el parto, la construcción de los espacios, el protagonismo e implicación de las madres, o los imperativos económicos o políticos que producen nuevas formas de comprensión del espacio y los cuerpos de las madres. En línea con estos estudios se parte de la comprensión de que el nacimiento es un fenómeno biológico, pero a la vez social, que está mediado por representaciones colectivas. Construcciones ideológico-culturales que autores como Davis-Floyd (2001) han inscrito en el marco de auténticos paradigmas obstétricos, que engloban el “conjunto de prácticas [...] [autorizadas] durante un período específico de tiempo” (Kuhn, 1962, p. 10) para dar cobertura a los nacimientos. Se trata de una serie de paradigmas o cosmovisiones que pivotan entre las representaciones tecnocráticas, típicas de las nociones biomédicas-alopáticas, y las concepciones humanistas u holistas, que representan el nacimiento como un continuo.

La primera cosmovisión encontró su medio de realización tras los procesos de hospitalización del parto acaecidos desde los años 50 del pasado siglo (Chamberlain, 2007), contexto en el que los partos fueron contruidos desde ciertas coordenadas biológicas que encontraron sus vías de realización en premisas como la medicalización, la tecnologización, la protocolización o la fragmentación de los cuidados (Stoller, 1974; Irwin y Jordan, 1987; Jordan, 1993). Se trata de una concepción que encuentra su apoyadura antropológica en bases ideológicas como la biopolítica, el posthumanismo o el productivismo (Hernández Garre y Echevarría, 2014), de un enfoque tecnocrático y biomédico que representa el parto en base a los cambios producidos en los órganos reproductivos, nociones

desde las que se tienden a fragmentar los itinerarios clínicos. A partir de estas premisas las madres se convierten en objetos pasivos sobre los que se interviene (Pizzini, 1981; Pizzini, 1989), para asegurar la reproducción humana como un bien social (Foucault, 1977).

En contraposición, los enfoques obstétricos holistas u humanistas tienen su origen en una serie de estudios (Olsen, 1997; Campbell y Macfarlane, 1987; Tew, 1985; Tew, 1990) y estrategias de organismos internacionales (World Health Organization, 1985; World Health Organization, 1997) que, desde mediados de los años ochenta, empezaron a cuestionar los enfoques biomédicos hegemónicos. Se trata, según Davis-Floyd (2001), de una nueva orientación desde la que se concibe el parto como un *continuum* que se cristaliza y toma forma en las madres, entendidas estas como un ente unitario en el que, más allá de los cambios orgánicos, están imbricados factores emocionales, psicológicos y socioculturales. Desde estas ideologías del parto se enfatiza la conexión mente-cuerpo, estableciendo un equilibrio entre las necesidades de las instituciones y las de las propias madres. Estas son concebidas como un sujeto relacional que se informa y toma decisiones compartiendo la responsabilidad con el clínico, mientras ciencia y tecnología se complementan con el humanismo asistencial. En definitiva, se trata de una construcción conceptual que tiene en cuenta el contexto familiar y social de las madres, concibiéndolas desde una unidad entre mente, cuerpo y espíritu. Desde esta visión la autoridad pertenece a las madres, que participan de forma activa en el parto, mientras las praxis clínicas han de tener en cuenta sus perspectivas. El objetivo final es la individualización asistencial, percibiendo el cuidado como un *continuum* que cristaliza en un ser humano, y no como una serie de rutinas mecanizadas que se aplican sobre los cuerpos grávidos.

Estos paradigmas, cosmovisiones o ideologías sobre el parto cristalizan en la práctica clínica en lo que autores como Montes (2007) o McClain (1975) denominan con la etiqueta de «culturas del nacimiento» o «etno-obstetricias», términos que utilizan para referirse a los diferentes sistemas de organización asistencial o arquetipos clínicos que se implantan en las dinámicas de atención al parto en distintos contextos sociales. En este sentido, Blázquez (2009) identifica tres arquetipos principales, el propio del paradigma tecnocrático, que podemos denominar como parto «institucionalizado-intervencionista» o «medicalizado», y los propios de la cosmovisión holístico-humanista, que según el contexto en el que transcurren se pue-

den etiquetar como parto «hospitalario-humanizado» o «parto domiciliario» (Blázquez, 2009). En las culturas medicalizadas la organización gira en torno a las rutinas clínicas que hay que efectuar (toma de constantes, venoclisis, monitorizaciones etc.), quedando las necesidades psicológicas en un segundo plano; en las culturas humanizadas la organización se centra en las necesidades de las madres, amoldándose el resto de actividades a estas (Hernández Garre y Echevarría, 2014). Estos patrones culturales de organización se encuentran en pugna por la hegemonía clínica, siendo en nuestro contexto el parto «institucionalizado-intervencionista» la modalidad más común, mayoritaria y legitimada desde la segunda mitad del siglo XX (Martin 1987). Los paradigmas ideológicos, y las culturas del nacimiento que derivan de ellos, han tenido también su traducción en el desarrollo de diferentes distribuciones o tipologías espaciales de los paritorios hospitalarios contemporáneos. De esta realidad da cuenta el informe de 2009 del Ministerio de Sanidad y Política Social sobre estándares y recomendaciones de las maternidades hospitalarias, que establece dos tipos de unidades estructurales: la secuencial y la unificada. La estructura secuencial es la tradicional, y más común en nuestro entorno, caracterizándose por establecer diferentes espacios físicos para la atención de los diferentes periodos del parto (dilatación, período expulsivo/alumbramiento, recuperación). La estructura integrada es menos común, pero se está introduciendo en los últimos años, al interferir menos en la fisiología del parto, y ofrecer mayor comodidad e intimidad a las mujeres y los acompañantes, caracterizándose porque todo el proceso del parto (dilatación, parto y recuperación) transcurre en un mismo espacio físico integrado (véase *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones*, 2009).

Nos encontramos, así, con tres realidades ligadas al abordaje de los partos: el factor ideológico, encarnado en diferentes cosmovisiones o paradigmas obstétricos, el componente organizacional, representado por diferentes culturas del parto o etnoobstetricias y sus disímiles itinerarios asistenciales, y el componente material o arquitectónico, materializado en las variopintas tipologías espaciales de las maternidades. Tres componentes que, según la tesis de partida de este estudio, están íntimamente relacionados, produciéndose retroalimentaciones entre ellos, y teniendo diferentes resultados en términos de humanización asistencial. Entendida esta como un valor social que reclama la dignidad personal intrínseca de todo ser humano, promocionando un abordaje integral u holístico de la persona donde interactúan las dimensiones

biológica, psicológica, social y conductual (Bermejo, 2014). En este marco de indagación sociológica sobre el espacio se sitúa la presente investigación, cuyo objetivo ha sido explorar las conexiones que se dan entre los factores ideológicos (paradigmas de representación del parto), los sistemas de organización clínica (culturas del parto) y las evoluciones arquitectónicas (tipologías espaciales de los paritorios), así como sus posibles repercusiones en clave de humanización asistencial. Para ello se ha puesto la atención en la observación minuciosa de unidades de análisis como la distribución de los espacios, el lugar que ocupan los actores en los mismos, la existencia de puertas umbrales, la accesibilidad/restricción a la hora de ocupar los espacios, los lugares donde se realizan los cuidados, el papel que se le otorga a las madres en cada espacio o la vestimenta y su conexión simbólica con los espacios. El análisis se realizó desde un posicionamiento teórico próximo a la noción de los *no lugares* de Marc Augé (2009), anclaje conceptual que adscribe este calificativo a aquellos espacios de transitoriedad que no tienen suficiente entidad para ser considerados como lugares, que son definidos, casi exclusivamente, por el pasar de los individuos, que están sometidos a relaciones artificiales que no permiten interiorizar sus componentes ni conformar la propia identidad. Pese a las insuficiencias que se puedan generar de su aplicación a espacios interiores ligados a la intimidad, como son los paritorios, pensamos que la discriminación de los espacios, en cuanto a su papel constructivo en procesos de identidad personal, se ajusta bien a un objeto de estudio como es el nacimiento.

## METODOLOGÍA

Se trata de una investigación cualitativa tipo etnográfica realizada entre el 1 de marzo del año 2015 y el 1 de febrero del año 2017 en los seis hospitales públicos que disponen de paritorio de una región del sur de España<sup>1</sup>.

La técnica de investigación utilizada fue la observación participante, centrando el análisis tanto en la distribución arquitectónica como en el flujo e interacciones a través de las zonas clínicas de los diferentes actores del parto. Su uso permitió estudiar las múltiples interacciones y conexiones que se daban entre los protagonistas del proceso y los diferentes espacios, captando las diferencias entre lo que se dice y lo que se hace. Se intentaron recoger los datos de un modo sistemático y no intrusivo, partiendo de la asunción de un doble rol, el de observador y participante (Taylor y Bogdan, 1984), lo que permitió mitigar las limitacio-

nes referidas a la invisibilidad del espectador (Scheper-Hughes, 1993). Ello fue posible gracias al doble rol de uno de los investigadores, el de antropólogo y matron del sistema nacional de salud en ejercicio en uno de los hospitales públicos del contexto de estudio. En este sentido, el análisis partió de la presunción de que la observación precisa y rigurosa es, *per se*, una técnica para la obtención de conceptos científicos, ofreciendo grandes ventajas al permitir estar presentes en los ambientes y lugares naturales por donde acontecen los discursos y prácticas de los agentes sociales (Jorgensen, 1989; DeWalt y DeWalt, 2011). Para la realización del estudio se obtuvieron las autorizaciones de las autoridades pertinentes, así como el visto bueno por parte del comité de ética de los hospitales. En ningún momento se reveló ningún dato identificativo de los sanitarios o pacientes, respetándose además escrupulosamente la intimidad de los actores del proceso. El estudio se desarrolló en dos fases:

En una primera fase se realizó una observación de la distribución arquitectónica de los paritorios de cada uno de los seis hospitales públicos. Se trata de cinco hospitales comarcales y de un hospital central de referencia. En los primeros se atienden todo tipo de partos, excepto los partos múltiples de más de dos niños, y los prematuros de menos de 32 semanas de gestación, ya que solo el de referencia cuenta con UCI neonatal. La media de partos oscila entre los dos y los nueve partos al día en los hospitales comarcales, y es de veinte partos al día en el hospital de referencia, uno de los hospitales con más partos de España. Las observaciones se realizaron en los momentos en los que no se estaba produciendo ningún proceso asistencial, y guiadas por las responsables de los servicios. Lo que interesaba en esta primera fase era conocer la distribución de los espacios en ausencia de procesos asistenciales, es decir sin la intervención de los protagonistas. La aproximación permitió verificar, en línea con los informes de sanidad ya existentes (véase *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones*, 2009), la existencia en el entorno de estudio de dos categorías principales de distribución espacial: los centros con estructura secuencial/fragmentada y los centros con disposición unificada. En los primeros existían diferentes salas para atender los procesos de dilatación, período expulsivo y postparto, mientras que en los segundos todo el proceso del parto ocurre en una misma sala. El objetivo de esta primera fase era el de tipificar la distribución espacial de los paritorios existentes en la región de estudio, intentando observar si se habían producido evoluciones en cuanto a su tipología en tiempos recientes.

En una segunda fase del estudio se realizó un análisis pormenorizado de cada una de las dos categorías arquitectónicas detectadas (secuencial/fragmentada y unificada), eligiendo un centro paradigmático para cada uno de los diseños arquitectónicos. En este sentido para la secuencial/fragmentada se escogió un hospital comarcal con una media de cinco partos al día y para la unificada se utilizó el hospital central de referencia. La razón de esta diferencia en cuanto a tipología espacial de los dos centros es que el primero fue construido en los años noventa con una estructura tradicional segmentada, sin que se hubiera remodelado después, mientras que el segundo fue reformado recientemente siguiendo un modelo integrado recomendado por el Ministerio de Sanidad y Política Social (véase *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones*, 2009). La observación se realizó en los diferentes espacios asistenciales (espacios de valoración, dilataciones, paritorios, salas de recuperación, etc.), pero también en pasillos, zonas de paso y espacios umbral, intentando discernir los diferentes patrones de accesibilidad y privacidad de los mismos, así como las representaciones y praxis que se coreografiaban en cada escenario clínico. Durante el análisis se puso el foco de atención en la distribución de los espacios donde ocurrían las diferentes fases del parto (dilatación, período expulsivo y postparto), prestando especial atención a las puertas de acceso, la restricción de los espacios y el lugar que ocupaban en cada espacio las madres, los sanitarios y los familiares. Interesaba visualizar las formas en que los diferentes actores -madres, familiares, ginecólogos, matronas, anestesistas, auxiliares, celadores etc.- interaccionaban con estos a través de distintos flujos, ritmos y dinámicas de movilidad. Se quería reflexionar sobre las maneras en que las distintas ideologías y culturas del parto determinaban los espacios materiales y las formas de relación de las personas que los habitaban. El objetivo era comprender los valores que subyacían a los procesos de transformación espacial de los paritorios, penetrando en la comprensión simbólica de las representaciones y efusiones de poder que se escondían detrás de los mismos. Las unidades de observación o análisis fueron pues: la distribución de los espacios, el lugar que ocupaban en términos de accesibilidad los actores, el uso de puertas umbral, la relación entre las actividades y las vestimentas de los cuidadores y los espacios. Durante la observación -ciento cuarenta y cuatro horas para cada tipografía espacial- se buscó una implicación máxima en los escenarios, complementando desde una perspectiva crítica la reflexión con la información informal suministrada por los actores implicados (Taylor y Bogdan, 1984). Se pudieron observar 72 procesos asistenciales, 40 para el diseño secuencial/

fragmentado (31 partos vaginales y 9 cesáreas) y 32 para el diseño unificado (30 partos vaginales y 2 cesáreas), con un total de 72 participantes. Las observaciones se llevaron a cabo desde el ingreso en la sala de partos de las madres hasta su salida, dos horas después del parto, respetando en todo momento la intimidad de las madres. Los resultados no pretenden ser categóricos ni generalizables a todos los casos, pero sí orientativos de la relación que se produce entre los espacios arquitectónicos y los procesos asistenciales del parto.

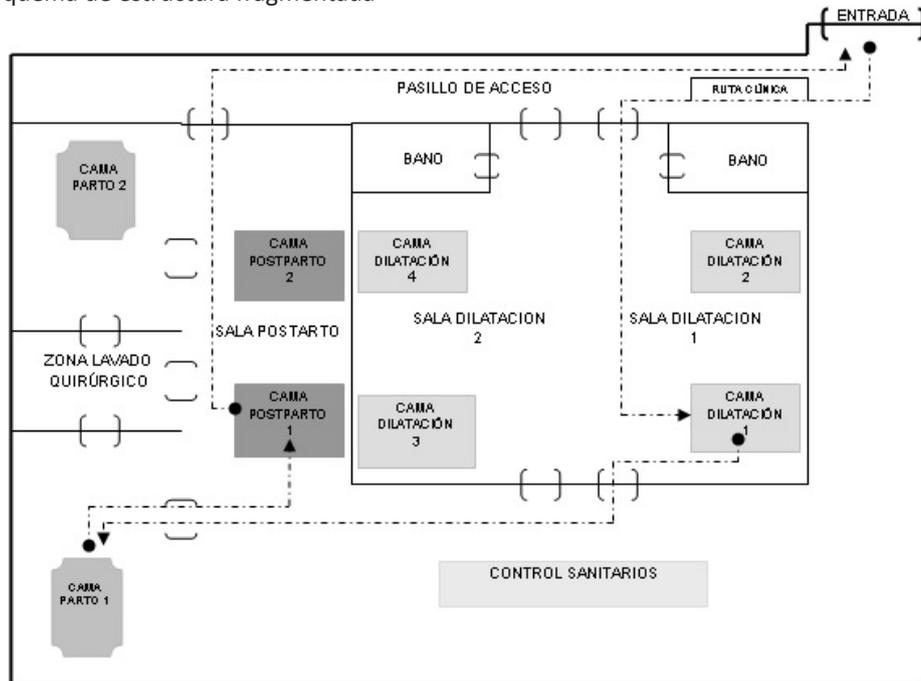
## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### De las tipologías espaciales a los paradigmas obstétricos inmanentes

La exploración permitió constatar la existencia en nuestro contexto de estudio de las dos tipologías básicas de distribución espacial –secuencial y unificada– que define el Ministerio de Sanidad y Política Social en sus recomendaciones sobre las maternidades en el año 2009. En este sentido cabe destacar la profusión que han tenido a partir del año 2009 las distribuciones unificadas, constándose en nuestro estudio dos distribuciones secuenciales o fragmentadas por cuatro unificadas. Disposiciones mediadas por toda una serie de hibridaciones y de relaciones inherentes entre las dimensiones arquitectónicas y las ideologías compartidas de los individuos que las vivifican.

En este sentido, se puede afirmar que la distribución secuencial/fragmentada está mediada por una dispersión de los espacios clínicos por los que transcurre el nacimiento, fijándose un lugar para cada una de las fases del parto que han sido catalogadas previamente en base a los cambios biológicos experimentados en los organismos maternos. Realidad que se materializa a través de una estructura tripartita formada por zonas de dilatación (espacios compartidos donde se produce la apertura de la cerviz uterina), salas de partos o partitorios (lugares donde tiene lugar la salida del bebé) y zonas de recuperación postparto (áreas donde las mujeres son vigiladas tras el alumbramiento). En el marco de esta distribución son las madres las que deambulan por las diferentes estancias a la vez que los asistentes realizan sus rutinas clínicas sobre sus cuerpos gestantes. Como acabamos de comentar, hay que hacer notar que esta distribución se encontró en dos de los seis centros que habían sido construidos o reformados antes del año 2009 (en 1990 y en 2004), tiempo en el que el paradigma tecnocrático de asistencia al parto, típico de la biomedicina, seguía siendo el mayoritario y legitimado institucionalmente en el contexto del estudio (Blázquez, 2009; Hernández Garre, 2011; Martín, 1987; Montes, 2007). Se observa, en este sentido, una dimensionalidad del espacio construida desde un patrón biologicista que establece una analogía entre los cambios anatomo-fisiológicos producidos en los órganos maternos y la distribución arquitectónica (véase figura 1).

Figura 1. Esquema de estructura fragmentada

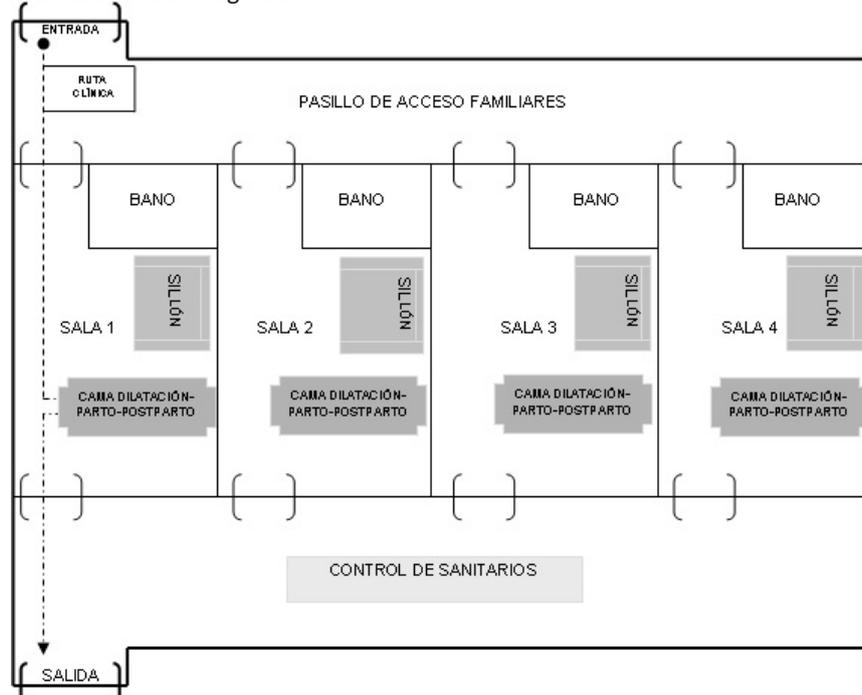


Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la tipología unificada está caracterizada por una reintegración de los diferentes espacios clínicos en estancias individuales en las que transcurre todo el proceso, disposición que permite el acompañamiento continuo de los familiares. En esta configuración son los profesionales los que deambulan por las diferentes zonas para realizar sus tareas asistenciales, mientras las madres y sus familiares permanecen en sus lugares de origen. Hay que reseñar que esta distribución se objetivó en cuatro de los centros, todos ellos construidos o renovados después del año 2009 (en 2011, 2012 y 2014), tiempo en que los diferentes organismos estatales y asociaciones científicas españolas, siguiendo las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud diecinueve años antes (1997), optaron por empezar a implementar una serie de estrategias de humanización de las dinámicas asistenciales del parto inspiradas en paradigmas obstétricos holísticos y humanistas (véase *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*, octubre 2010; *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, diciembre 2012; *Iniciativa Parto Normal*; *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones*, 2009; *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*, enero 2008). Tendencias ideológicas desde las que también parece establecerse cierta analogía entre la representación del proceso como un continuo, que se desarrolla en un ser humano unitario con necesidades fisiológicas, pero también psicológicas, socioculturales y emocionales, y la unificación de los espacios asistenciales (Véase figura 2).

Del análisis de la distribución espacial deviene que estamos ante una expresión de la cultura material construida desde la ideología, edificada desde una serie de cosmovisiones obstétricas que encuentran sus vías de realización material en la demarcación de diferentes tipologías espaciales. Se trata de espacios cimentados desde determinadas ideologías obstétricas y culturas del nacimiento que oscilan en un abanico de acepciones que va desde las representaciones de base orgánica hasta las coordinadas procesuales holísticas del parto. Las culturas asistenciales quedan pues materializadas como parte de los propios espacios arquitectónicos, pero a la vez estos cumplen la función de generar, retroalimentar e incluso reconstruir las ideologías obstétricas que han propiciado su construcción. De manera que una vez materializada la cosmovisión del parto, a través de una serie de tipologías espaciales, esta media en el proceso de adquisición y mantenimiento de nuevas representaciones del mismo, al condicionar unos espacios de trabajo para los clínicos que los introducen en la cultura del parto o sistema de organización que es consecuente con el paradigma ideológico del que parte. Materia e ideología interaccionan, pues, en un proceso de doble flujo desde el que las realidades aceptadas por los actores son co-creadas en un continuo devenir e hibridación entre las culturas materiales espaciales y los propios individuos que fluctúan por ellas. Parece, pues, que no se pueden establecer estatus ontológicos férreos

**Figura 2.** Esquema de estructura integrada



Fuente: elaboración propia.

entre ambas dimensiones, sino más bien asumir que se trata de realidades que, aunque puedan precederse ontológicamente, más bien se co-crean y retroalimentan en un proceso de continua concomitancia.

### Construyendo *no lugares* desde las etnoobstetricias alopático-tecnocráticas

El ceremonial que lleva a las mujeres a convertirse en madres, desde las nociones biomédicas tecnocráticas, está pues íntimamente unido a los escenarios arquitectónicos por los que transcurren los itinerarios asistenciales. En este sentido, como decíamos, la metamorfosis materna está determinada por la fragmentación del cuidado que, desde las nociones alopáticas, se hace del proceso, constituyéndose una serie de fases que son valoradas de forma independiente, como si gozaran de entidad propia. Estamos ante un «meta-relato» del modernismo por el que los nacimientos no se desarrollan ya como un *continuum* que tiene lugar en un mismo cuerpo y que culmina con el nacimiento de la criatura. Se trata de una desintegración del holismo asistencial que determina, a su vez, la proyección de los espacios arquitectónicos, al establecer un paralelismo entre las representaciones biomédicas orgánicas del parto y el diseño de los *no lugares* por los que transcurrirá la ruta clínica de las madres. El objetivo final es garantizar una «uniformización» de la atención que refleja la tradición clínica de suministrar cuidados como si de una “cadena de producción” se tratase (Le Breton, 1994), aunque es este caso lo que se produzcan sean bebés.

En este sentido, desde las coordenadas biológicas biomédicas se deja ver cómo las contorsiones del positivismo han calado hondo en los procesos alumbratorios. Así, una vez ejecutada la capacidad reproductiva, a través de la concepción, empiezan las primeras parcelaciones clínicas en base a distribuciones orgánicas, constituyendo el trance en tres lómenes transmutadores -embarazo, parto y puerperio- que, como decíamos, son tratados como entidades distintas, a pesar de materializarse en una misma persona. Esta tendencia a la segmentación no queda ahí, sino que cada una de estas fases es otra vez subdividida en nuevas etapas en base a los cambios orgánicos objetivables. Así el embarazo es dividido en los espacios preembriogénico, embriogénico y fetal (Moore, 1973), el parto en dilatación, período expulsivo y alumbramiento (Humphrey, 1995) y, por último, el puerperio en precoz, inmediato, clínico y tardío (véase *Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Puerperio normal y patológico*, 2003). Además se establecen toda una serie de periodos umbral que determinan el paso

de una fase a otra, así por ejemplo al paso del embarazo al parto se le denomina «periodo prodrómico» o «pródromos de parto», asegurándose, de esta manera, el establecimiento de periodos liminales que vehiculicen los cambios en el rol de las madres.

La fragmentación del cuidado no es inocua, no se trata de un tema casual, sino de una consecuencia natural que proyecta la ideología biomédica dominante, vertebrando, como decíamos, los diferentes escenarios y espacios arquitectónicos donde acontecen las representaciones rituales del parto. Estamos ante una construcción ideológica sutil que representa a los extremos del trance -embarazo y puerperio tardío- en emplazamientos arquitectónicos ambulatorios, y al núcleo del mismo -parto y puerperio precoz, inmediato y clínico- en espacios hospitalarios. Se trata de una pulsión que empuja en sentido ascendente, dibujando para el culmen de la transformación materna espacios cada vez más consagrados y prohibitivos. Así, la ubicación de las madres en el hospital dependerá de la cercanía o lejanía del parto, emplazándose en espacios hospitalarios menos clínicos y restrictivos a las mujeres que todavía no han iniciado el parto, o a las que hace más tiempo que han parido, y en espacios circunscritos e inaccesibles a las madres que ya están de parto o a las recién paridas.

Esta distribución fragmentada del espacio predispone a la adopción por parte de las mujeres de un rol sumiso y pasivo (Pizzini, 1989), al demarcar unas áreas arquitectónicas de poder para los expertos que permanecen ajenas a los profanos. Como acabamos de comentar, los espacios están diseñados para que a lo largo del circuito asistencial se deambule por áreas cada vez más taxativas. La separación entre los espacios laicos y los clínicos está además marcada por la presencia de puertas de entrada, de umbrales a los que se les concede socialmente una enorme importancia y poder simbólico. Así «los individuos entran y salen a través del umbral, fundamentalmente para nuestra seguridad moral, para que no se cree confusión entre el interior y el exterior» (Leach, 1976, p. 84). En este sentido la puerta de acceso al servicio de urgencia supone el primer umbral, atrás quedan los familiares de la gestante que tienen que esperar en la sala de espera de urgencias, un espacio del hospital dedicado a los extraños. El segundo y más restrictivo umbral lo compone la puerta de acceso al paritorio, que normalmente esta coronada por un cartel en el que se especifica claramente “no pasar”. Una vez que cruzas este umbral dejas definitivamente atrás «el mundo profano de la vida cotidiana; dentro se representa la mística de lo limpio,

lo sagrado, en la que los oficiantes vestidos de ceremonia y con un lenguaje propio transmiten la representación de estas propiedades» (Montes, 2007, p. 227). Una vez en el espacio ritual del paritorio, la delimitación del espacio se compone de diferentes salas: dilataciones, salas de partos y salas de puerperio, espacios diseñados en una disposición cada vez más profunda, más limpia, más limitada, en definitiva, más sagrada e impracticable al ajeno. En este sentido, mientras los profesionales cruzan los espacios rituales y las puertas umbral libremente, los usuarios solo pueden acceder llevados y acompañados por celadores que obedecen los dictámenes de los especialistas, quedando así clara una relación asimétrica desde la que se encuentran en terreno forastero. La disposición espacial marca pues unos espacios clínicos consagrados a los nacimientos clínicos que no pueden ser profanados por los extraños, por lo que la forma en que se ubican los familiares –a pie de cama y sin poder abandonar su lugar ritual– los convierten en auténticos residentes de los *no lugares*. De esta forma se garantiza el mantenimiento de las normas dentro/fuera, limpio/sucio, asegurando la mística de los espacios rituales, normas que además se tornan más estrictas en las horas de mayor actividad.

Ese valor simbólico y ritual, que impregna la distribución de los espacios físicos, se ve además potenciado por las actividades y vestimenta de los profesionales. Los profesionales parecen estar inmiscuidos en la realización rutinaria de una serie de tareas clínicas –toma de constantes, exploraciones, venoclisis, monitorización de la frecuencia cardíaca fetal, amniorraxis, etc.– que focaliza su atención en las técnicas a aplicar, quedando las mujeres en segundo plano. Ello se refuerza por el hecho de que estas transitan por espacios que son propiedad de los asistentes, a modo de trabajo en cadena, mientras los clínicos les aplican las tareas de rutina. En cuanto a la vestimenta representa un distinto grado de limpieza y sacralidad dependiendo del área en la que nos encontremos. Así colores como el blanco son propios de servicios simbolizados como sucios, más cercanos al foráneo, como es el caso del servicio de urgencias, y colores más intensos como el rojo o el verde, son propios de espacios más limpios internos y sagrados, como el paritorio o el quirófano. De esta manera, conforme la mujer se adentra en el mundo clínico de lo desconocido, camino del rito de paso de la maternidad, los oficiantes van adoptando colores más limpios y sagrados. Se deja así claro a las “iniciadas”, por medio de representaciones simbólicas como el paso a través de los umbrales o el diferente color de las vestimentas de los oficiantes, que se introducen en el espacio institucional de los otros.

El motivo de esta distribución arquitectónica es que las fases más distantes al nacimiento, como el embarazo y el puerperio tardío, están diseñadas para la observación, actitud observadora que se torna en intervencionista conforme nos acercamos al momento del parto (Ehrenreich y English, 1978), realidad que parecen aceptar las madres desde una actitud pasiva (Kabakian-Khasholian, Campbell, Shediak-Rizkallah y Ghorayeb, 2000). Así una gestante a término que acuda al hospital, con un parto en curso, seguirá un recorrido clínico marcado por el tránsito a través de diferentes territorios como el servicio de urgencias, la sala de dilatación, la sala de partos, la sala de puérperas del paritorio y el servicio de maternidad. Distribución basada en ciertas bases antropológicas ligadas al paradigma asistencial «tecnocrático», como la biopolítica, el taylorismo o el posthumanismo, desde las que el trabajo se diseña para facilitar la intervención y la comodidad de los clínicos (Hernández Garre y Echevarría, 2014; Wagner, 2006) que parecen seguir ostentando la hegemonía en los cuidados maternos después de las reformas neoliberales acaecidas en los últimos años en los servicios sanitarios (Benoit, Zadoroznyj, Hallgrimsdottir, Treloar y Taylor, 2010). Quedan, así, bien definidos los límites entre los espacios menos medicalizados, accesibles al extraño, y los más tecnológicos, santuarios para el neófito. Distribución que no puede ser cuestionada mientras el hospital siga siendo representado como el adalid que garantiza, a través de la ciencia y los desarrollos tecnológicos, el nacimiento de un nuevo miembro social sin los riesgos o el dolor que tradicionalmente aquejaba a las madres. En este sentido, la representación alopató-technocrática del parto como un proceso doloroso, penoso y largo, y las cosmovisiones del embarazo en clave de invasión, que catalogan al feto como una criatura parásita que debilita el cuerpo de la madre, favorecen la implantación de este diseño estructural pensado para el control y la injerencia (Kitzinger, 2006). Se establece, así, una distribución espacial, en función de los cambios en los órganos reproductores, que media en la instauración de un itinerario asistencial que invisibiliza los cambios sociales o emocionales, así como el resto de las variables económicas y familiares del proceso. Estamos ante una configuración que no integra el proceso del parto desde una perspectiva holística que contemple los componentes emocionales, psicológicos y sociales del proceso, sino desde una construcción que promociona una deshumanización asistencial cimentada sobre una construcción puramente biológica del proceso. Este diseño espacial está, pues, cargado del valor simbólico que

Augé (2009) otorga a los *no lugares*, en el sentido de que se trata de espacios clínicos de transaccionalidad, donde no puede verificarse el «rito de paso» hacia el estatus de madre, donde la impersonalidad del espacio restrictivo no permite que se construya el proceso de identidad maternal desde las propias categorías significativas de las madres (véase tabla 1).

Pero el proceso de construcción de la realidad tiene en este caso un doble flujo. Así, si bien las tipologías espaciales han sido construidas para satisfacer ciertos tipos de organización asistencial o culturas del parto, estas, a su vez, son el reflejo de ciertas cosmovisiones o formas de pensar el nacimiento, una vez edificadas, las disposiciones espaciales fragmentadas ayudan a perpetuar las culturas y paradigmas de origen. Esto se debe a que fuerzan a los clínicos a desenvolverse espacialmente en una serie de zonas secuenciales y separadas pensadas para la ejecución de un trabajo en cadena centrado en las rutinas clínicas, realidad laboral que refuerza, reproduce y mantiene, a su vez, los sistemas organizativos y las ideologías de los que partían.

**La reintegración del espacio como cultura material de las cosmovisiones holístico-humanistas del nacimiento**

Las nuevas coordenadas holístico-humanísticas, que se han introducido en los últimos años en los trances alumbratorios, han tenido su repercusión en la disposición de una cultura arquitectónica en clave de reintegración espacial. Se trata de una representación obstétrica no exclusivamente biologicista, desde la que se concibe el parto como un *continuum*

cristalizado en una mujer con necesidades no solo orgánicas sino también emocionales, psicológicas y socio-grupales. Se trata de una reintegración conceptual que media en el estatus de una disposición espacial unificada, desde la que al margen de los cambios orgánicos el proceso de parto se construye conceptualmente como una realidad única e indisoluble que acontece en un ser humano con su propia idiosincrasia asistencial (Davis Floyd, 2001). Desde estas cosmovisiones los diferentes cambios orgánicos -dilatación, período expulsivo, alumbramiento- no son determinantes en la mediación del espacio, ya que quedan enmarcados en el ámbito de un proceso más amplio que se materializa de forma única e irrepetible en cada mujer, en función no solo de sus coordenadas orgánicas sino también psicosociales. En este «*habitus*» la arquitectura no cumple la función de establecer espacios cada vez más restrictivos para el profano, sino la de generar «lugares» en los que ese proceso unificado pueda materializarse de forma individualizada en cada mujer. En este sentido, el espacio central lo ocupan los lugares para las madres y los familiares, que bajo el nombre de *dilataciones* se ubican en un espacio único donde tendrá lugar todo el proceso. Desde esta configuración los espacios umbral, en ese caso las puertas de acceso a las *dilataciones*, es decir la configuración en términos de interior-exterior (Leach, 1976), se establece de manera inversa y más flexible, no cumpliendo una función taxativa, sino la de garantizar la intimidad y privacidad de los implicados en el proceso. Así, los profesionales al cruzar los espacios

**Tabla 1.** Tabla resumen de las características de la tipología espacial fragmentada

Características	Tipología espacial fragmentada
<b>Estructura</b>	Tripartita: sala de dilatación, sala de período expulsivo, sala de recuperación.
<b>Accesibilidad</b>	Restringida, puertas umbral rígidas.
<b>Construcción del espacio</b>	De tránsito, impersonal, <i>no lugar</i> .
<b>Control del espacio</b>	Los profesionales.
<b>Papel de la madre</b>	Accesorio, marginal, rol pasivo.
<b>Foco de atención</b>	Actividades clínicas.
<b>Tipo de trabajo</b>	Rutinario, taylorista, en cadena, cuidado fragmentado.
<b>Interacción sanitario-madre</b>	Asimétrica, no igualitaria.
<b>Vestimentas</b>	Colores intensos, heterogéneos, distinto color según área.
<b>Paradigma obstétrico</b>	Tecnocrático y ligado a nociones biomédicas.
<b>Cultura del parto</b>	Hospitalario-intervencionista o medicalizado.
<b>Enfoque asistencial</b>	Deshumanizado

Fuente: elaboración propia.

umbral no se ubican ya en su espacio de autoridad, sino en el lugar de las madres y los familiares. En este sentido, los familiares tienen su propio pasillo de acceso a las *dilataciones*, transitando libremente, tras una identificación inicial como familiares, desde la sala exterior de urgencias hasta las *dilataciones*. El lugar de autoridad de los clínicos queda pues restringido a su propio estar personal, mientras los espacios clínicos se vertebran en torno a una distribución asistencial más simétrica y centrada en la centralidad de las madres y sus familiares. El espacio arquitectónico no está pues diseñado para restringir los accesos al profano, para dar atribuciones hieráticas a los ceremoniales clínicos que allí se desarrollan, sino para una mayor comodidad, intimidad, compañía y aislamiento acústico que facilite el protagonismo de las mujeres durante el proceso. En esta línea, las actividades de los sanitarios también denotan este nuevo estatus, en el sentido de que se centran más en tareas de satisfacción y atención de las madres y sus familiares, quedando las tareas clínicas de rutina (analíticas, toma de constantes, monitorizaciones etc.) subyugadas a las necesidades psicológicas y emocionales de estas. En línea con lo apuntado por Augé (2009) las madres y sus familiares habitan pues «lugares» concretos, donde se los ubica y se les da la autoridad necesaria para colaborar desde un posicionamiento más activo, menos pasivo y sumiso (Pizzini, 1989) durante los partos. Son verdaderos espacios cargados de significado donde se propicia la generación de procesos de identidad individualizados hacia el nuevo estatus de madre.

Los espacios no son pues diseñados en función de ideas tayloristas, desde las que los itinerarios clínicos se asemejan a cadenas de producción en las que se aplican las rutinas protocolizadas, mientras las madres deambulan por los diferentes espacios fragmentados, sino que se proyectan en función de la centralidad y el protagonismo materno, concibiendo los partos como procesos únicos e irrepetibles que se abordan de forma individualizada y se materializan en un ser biopsicosocial con sus propias perspectivas y necesidades (Kitzinger, 2000; Kitzinger, 2004). Estamos, pues, ante construcciones espaciales edificadas desde una noción global de las madres que integra sus factores sociales, psicológicos y emocionales, desde conformaciones que respetan su dignidad personal promocionando la humanización asistencial. Disposición ritual a la que ayudan las vestimentas en blanco neutro de los clínicos, uniformes propios de espacios hospitalarios comunes, de lugares en los que no se teatralizan diferentes estatus clínicos de intervención, dando así continuidad simbólica al proceso. Quedan así establecidas las premisas de esta distribución material del espacio en clave de reintegración, en clave de simetría, disposición que facilita el humanismo asistencial, y una actitud activa y empoderada de las madres y sus familiares desde la que se comparten decisiones con el clínico. Se trata de una configuración cuyas bases sociales se apoyan en una ideología esencialista, y en cierta medida nostálgica, que pretende devolver al parto sus esencias naturales (Mansfield, 2007) (véase la tabla 2).

**Tabla 2.** Tabla resumen de las características de la tipología espacial integrada

Características	Tipología espacial fragmentada
<b>Estructura</b>	Unificada: una única sala donde transcurre todo el proceso.
<b>Accesibilidad</b>	Abierta, puertas umbral flexibles.
<b>Construcción del espacio</b>	Íntimo, personal, <i>lugar</i> .
<b>Control del espacio</b>	Las madres y los familiares.
<b>Papel de la madre</b>	Principal, central, rol activo.
<b>Foco de atención</b>	Necesidades de las madres.
<b>Tipo de trabajo</b>	No rutinario, individualizado, cuidado según necesidades.
<b>Interacción sanitario-madre</b>	Simétrica, igualitaria.
<b>Vestimentas</b>	Colores neutros, unificados, mismo color en todas las áreas.
<b>Paradigma obstétrico</b>	Humanista u holístico.
<b>Cultura del parto</b>	Hospitalaria humanizada.
<b>Enfoque asistencial</b>	Humanizado.

Fuente: elaboración propia.

Espacio arquitectónico e ideología se complementan, pues, estableciendo un efecto sinérgico, un *feedback* desde el que las nuevas coordenadas ideológicas del parto en clave holística quedan materializadas en una configuración arquitectónica unificada, disposición que, a su vez, retroalimenta y propicia el nuevo enfoque asistencial humanístico al condicionar que los clínicos se muevan ahora en una distribución espacial pensada para la realización de actividades individualizadas según las necesidades maternas. La propia arquitectura fuerza a los sanitarios a entrar en un nuevo sistema de organización de las tareas, en una nueva cultura del parto, donde la mujer juega un papel central y los cuidados, al transcurrir en espacios unificados que dan centralidad a las madres, tienden a ser individualizados (véase la tabla 2).

## CONCLUSIONES

La «sociología del espacio» trata, pues, de identificar lugares o *no lugares*, donde se desarrollan los cauces de la sociabilidad humana y que, de otra parte, demarcan por lo menos espacialmente, y en cierta medida epistemológicamente, las realidades e ideologías de los individuos que los habitan. Escenarios y espacios inertes donde la sacralidad de las praxis clínicas queda reintegrada o al margen de los ojos del profano, dentro o fuera de la contaminación de lo cotidiano, garantizando así la continuidad cultural de lo que allí se simboliza. Se trata, en definitiva, de contextos culturales que rinden cuentas a una doble función, la de demarcar espacios físicos donde se perpetúan paradigmas obstétricos concretos, como el «tecnocrático» o el «humanista», y la de asegurar una ubicación de los actores en clave taxativa o accesible. La distribución arquitectónica de los partitorios no es, pues, un tema baladí, y ya sea hacia espacios cada vez más sagrados e inaccesibles o hacia espacios reintegrados y uniformes, es un fiel reflejo de lo que allí se quiere significar. En estas disposiciones simbólicas la posición de las madres, en el primer caso ocupando terreno ajeno, ocupando *no lugares*, y en el segundo desde su propio espacio clínico, junto con

las vestimentas de los oficientes, que muestran roles de autoridad o proximidad, son determinantes en el proceso de construcción de los patrones culturales subyacentes. Máxime cuando de ello depende el tránsito de los actores que puede configurar a las madres en entes itinerantes sobre los que intervenir o en propietarias de su propio espacio ritual. Se estructura así un proceso construido en clave dicotómica desde las diferentes ideologías alopáticas u holísticas, prefigurándose en términos de una fragmentación clínico-espacial que dificulta la humanización asistencial o en clave de la reintegración espacio-asistencia que la promociona. Quedan, así, plasmados, tanto material como arquitectónicamente, los distintos paradigmas sociológicos del parto, permitiendo al narrador de lo ajeno identificar los patrones básicos de organización asistencial que delimitan los rituales que allí se representan. Lugares y *no lugares* que a su vez median, retroalimentan y, en cierta medida, perpetúan las ideologías preexistentes sobre el parto, al forzar a los sanitarios a entrar en un sistema secuencial que promueve el trabajo de rutina en cadena, o al promover el contexto constructivo necesario para el establecimiento de una identidad materna no presa del anonimato. Se trata, pues, de tres realidades encadenadas que se retroalimentan, las ideologías o cosmovisiones de origen, las culturas o sistemas de organización clínica en las que se plasman y las tipologías de los espacios que subyacen a ellas, realidades que independientemente del establecimiento de diferentes órdenes y estatus ontológicos, contribuyen en ese proceso de cocreación de la realidad maternal socialmente compartida en clave de humanización o deshumanización asistencial.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer al Sistema Sanitario Público Español, al Departamento de Ciencias Políticas, Antropología Social y Hacienda Pública de la Universidad de Murcia y a los profesionales y usuarios implicados durante la investigación el apoyo dado durante el transcurso de la misma.

## NOTAS

- [1] Se prefiere mantener el anonimato de los centros sanitarios por razones de confidencialidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Augé, M. (2009). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Benoit, C., Zadoroznyj, M., Hallgrimsdottir, H., Treloar, A. y Taylor, K. (2010). Medical dominance and neoliberalisation in maternal care provision: The evidence from Canada and Australia. *Social Science & Medicine*, 71 (3), pp. 475-487. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.005>
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blázquez, M. I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* [Tesis doctoral inédita]. Universidad Rovira i Virgili: Tarragona.
- Campbell, R. y Macfarlane, A. (1987). *Where to be born?* Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
- Chamberlain, G. (2007). *From Witchcraft to Wisdom: A History of Obstetrics and Gynaecology in the British Isles*. London: Royal College Obstetricians and Gynaecologists.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 (1), pp. 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Davis, D. y Walker, K. (2010). The corporeal, the social and space/place: exploring intersections from a midwifery perspective in New Zealand. *Gender, Place and Culture*, 17 (3), pp. 377-391. <https://doi.org/10.1080/09663691003737645>
- Deleuze, G. (1993). *The Fold: Leibniz and the Baroque*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- DeWalt, K. M. y DeWalt, B. R. (2011). *Participant observation. A guide for fieldworkers*. Maryland: AltaMira Press.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1978). *For Her Own Good: Two Centuries of the Experts' Advice to Women*. New York: Anchor Books. <https://doi.org/10.1097/00005721-197911000-00014>
- Fannin, M. (2003). Domesticating birth in the hospital "family-centered" birth and the emergence of "homelike" birthing rooms. *Antipode*, 35 (3), pp. 513-535. <https://doi.org/10.1111/1467-8330.00337>
- Foucault, M. (1977). La vie des hommes infâmes. *Les Cahiers du Chemin*, 29, pp. 12-29.
- Foureur, M., Davis, D. L., Fenwick, J., Leap, N., Iedema, R., Forbes, I. F. y Homer, C. S. E. (2010). The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: Developing a hypothetical model. *Midwifery*, 26 (5), pp. 520-525. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.015>
- González Álvarez, D. y Alonso González, P. (2014). De la representación cultural de la otredad a la materialización de la diferencia: arqueología contemporánea de la domesticidad entre los vaqueiros d'alzada y los maragatos (España). *Chungara. Revista de Antropología Chilena*, 46 (4), pp. 607-623. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562014000400005>
- Haber, A. F. (2011). *La casa, las cosas y los dioses. Arquitectura doméstica, paisaje campesino y teoría local*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- Harte, J. D., Sheehan, A., Stewart, S. C. y Foureur, M. (2016). Childbirth supporters' experiences in a built hospital birth environment: Exploring inhibiting and facilitating factors. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9 (3), pp. 135-161. <https://doi.org/10.1177/1937586715622006>
- Hernández Garre, J. M. (2011). *El parto hospitalario e intervencionista. Una construcción social de la maternidad* [Tesis doctoral inédita]. Universidad de Murcia: Murcia.
- Hernández Garre, J. M. y Echevarría, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado. Explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 69 (2), pp. 327-348. <https://doi.org/10.3989/rntp.2014.02.004>
- Humphrey, M. D. (1995). *The Obstetrics Manual*. New York: McGraw-Hill
- Ingold, T. (2000). *The Perception of the Environment. Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*. London: Routledge.
- Irwin, S. y Jordan, B. (1987). Knowledge, practice and power: court-ordered caesarean sections. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (3), pp. 319-334. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.3.02a00060>
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications.
- Jorgensen, D. L. (1989). *Participant Observation: A Methodology for human studies*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412985376>
- Kabakian-Khasholian, T., Campbell, O., Shediak-Rizkallah, M. y Ghorayeb, F. (2000). Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Social Science & Medicine*, 51, pp. 103-113. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00443-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00443-8)
- Kitzinger, S. (2000). *Rediscovering Birth*. London: Little Brown.
- Kitzinger, S. (2004). *The new experience of childbirth*. London: Orion Books.
- Kitzinger, S. (2006). *Birth Crisis*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203968727>
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Leach, E. R. (1976). *Culture and Communication: The logic by which symbols are connected*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607684>
- Le Breton, D. (1994). Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, pp. 197-210. <https://doi.org/10.2307/40183763>
- Lepori, B. (1994). Freedom of movement in birth places. *Children's Environments*, 11 (2), pp. 1-12.
- Lordon, F. (2006). *L'Intérêt Souverain: Essai d'Anthropologie Économique Spinoziste*. Paris: Découverte.
- Machin, D. y Scamell, M. (1997). The experience of labour: Using ethnography to explore the irresistible nature of the bio-medical metaphor during labour. *Midwifery*, 13 (2), pp. 78-84. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(97\)90060-7](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(97)90060-7)

- Mansfield, B. (2007). The social nature of natural childbirth. *Social Science & Medicine*, 66 (5), pp. 1084-1094. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.025>
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.
- Mauss, M. (1970). *The gift: forms and functions of exchange in archaic societies*. London: Cohen & West LTD.
- McClain, C. (1975). Ethno-obstetrics in Ajjic. *Anthropological Quarterly*, 48 (1), pp. 38-56. <https://doi.org/10.2307/3316856>
- Miller, D. (1998). *Material Cultures: Why Some Things Matter*. Chicago: University of Chicago Press.
- Montes, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* [Tesis doctoral inédita]. Univesitat Rovira i Virgili: Tarragona.
- Moore, K. L. (1973). *The Developing Human: Clinically Oriented Embryology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Olsen, O. (1997). Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth. Issues in perinatal care*, 24 (1), pp. 4-13.
- Pizzini, F. (1981). Il parto in ospedale: tragitto della donna e rituali dell'istituciones. En Pizzini, F. (ed.). *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*. Milano: Franco Angeli Editore. pp. 129-147.
- Pizzini, F. (1989). The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards. *Health Promotion International*, 4 (1), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1093/heapro/4.1.1>
- Rose, M. (2011). Secular materialism: a critique of earthly theory. *Journal of Material Culture*, 16, pp. 107-129. <https://doi.org/10.1177/1359183511401496>
- Scheper-Hughes, N. (1993). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of Carolina Press.
- Stoller, N. (1974). *Forced labor: maternity care in the United States*. Oxford: Pergamon Press.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods: the search for meaning*. Ann Arbor: University of Michigan
- Tew, M. (1985). Place of birth and perinatal mortality. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, pp. 390-394. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2975-4>
- Tew, M. (1990). *Safer childbirth: A Critical History of Maternity Care*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2975-4>
- Tilley, C. (1991). *Material Culture and Text: The Art of Ambiguity*. London: Routledge.
- Wagner, M. (2006). *Born in the USA: How a broken maternity system must be fixed to put women and children first*. Berkeley: University of California Press.
- World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 326 (8452), pp. 436-437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)
- World Health Organization. (1997). Care in normal birth: a practical guide. *Birth*, 24 (2), pp. 121-123.
- Zarankin, A. (1999). Casa tomada, sistema, poder y vivienda doméstica. En: Zarankin, A. y Acuto, F. (eds.). *Sed non satiata, Teoría social en la Arqueología Latinoamericana Contemporánea*. Buenos Aires: Ediciones del Tridente, pp. 239-272.

## Recursos en línea

*Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la Atención al parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Diciembre 2012. [En línea]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)

*Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Octubre 2010. [En línea]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf)

*Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Ministerio de Sanidad y Consumo. [En línea]. Disponible en: [https://orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn\\_libro.pdf](https://orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf)

*Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones*. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. [En línea]. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>

*Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Puerperio normal y patológico*. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). 2003. [En línea]. Disponible en: <https://www.uv.es/jjsanton/Parto/08SEGOasistenciaparto.pdf>

*Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Enero 2008. [En línea]. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego\\_recomend\\_asist\\_parto\\_2008\\_sustituye\\_protocolo\\_2003.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_recomend_asist_parto_2008_sustituye_protocolo_2003.pdf)