

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MODALIDAD: PRE PROYECTO

PARTO DOMICILIARIO PLANIFICADO:

Las mujeres que lo llevaron a cabo



Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Estudiante: Marysol Rodríguez

C.I: 4.799.113-3

Montevideo, 29 de abril, 2016.

ÍNDICE

• Resumen.....	2
• Fundamentación y antecedentes.....	3
• Referentes teóricos.....	9
-Medicalización del nacimiento.....	9
-Parto domiciliario planificado.....	10
• Problemas y preguntas de investigación.....	14
• Objetivos.....	14
• Estrategia o diseño metodológico.....	15
-Captación y muestreo.....	15
• Consideraciones éticas.....	16
• Cronograma de ejecución.....	17
• Resultados esperados.....	17
• Bibliografía.....	18

RESUMEN

Para cambiar el mundo, es preciso cambiar la manera de nacer

Michel Odent.

El cometido del presente trabajo denominado “Parto domiciliario planificado, las mujeres que lo llevaron a cabo”, es poder conocer los motivos que llevaron a las mujeres a buscar este tipo de nacimiento, en función de ello se establecieron dos ejes teóricos, la medicalización del nacimiento y el parto domiciliario planificado. Para lo cual se realizó una revisión bibliográfica recogiendo diversos estudios y artículos a nivel regional e internacional, restringiendo dicha búsqueda al período 2001-2015.

Hasta hace un siglo atrás, el parto domiciliario planificado era visualizado como un hecho fisiológico en el cuerpo de la mujer, por lo que era concebido como algo tradicional y un acontecimiento natural en el seno de cada familia.

Sin embargo con el advenimiento de la medicalización y la intrusión de la misma en los procesos fisiológicos de la mujer, el parto domiciliario planificado dejó de ser una práctica habitual, pasando a ser totalmente desaconsejada por la figura del médico.

De este modo el proceso del nacimiento pasa a ser protocolizado, estandarizado e institucionalizado, el lugar tradicional del nacimiento es modificado, decretándose que la institución hospitalaria es el único centro capaz de atender “eficientemente” a las mujeres en el proceso del nacimiento.

Si bien esta cosmovisión se ha establecido globalmente existen algunos países como Holanda en el que su sistema de salud se basa en la planificación de partos domiciliarios ya que se considera que éstos pueden llegar a ser igual de seguros o aún más seguros que los partos institucionalizados.

Particularmente en nuestro país el MSP desaconseja vehementemente la realización del parto domiciliario planificado y es por este motivo que se busca poder conocer porque aún así existe un número de mujeres que a pesar de ello buscan tener un parto domiciliario planificado. En función de dicho objetivo este pre proyecto se enmarca en un estudio de tipo exploratorio basado en la realización de entrevistas semi estructuradas a mujeres que hayan logrado tener un parto domiciliario planificado.

Palabras claves: parto domiciliario planificado - medicalización - vivencia de las mujeres

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

Desde el comienzo de la historia del ser humano, las mujeres parían a sus hijos de forma fisiológica, muchas veces acompañadas por parteras, pero sus partos vaginales estaban muy lejanos a los nacimientos contemporáneos invadidos por las intervenciones médicas que se enmarcan en el desarrollo de la medicalización a nivel global (Farías 2014; Hutter 2010; Magnone 2010).

Mitjavila (1992) entiende que el proceso de medicalización de la sociedad se define como “los procesos de ampliación de los parámetros ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene sobre áreas de la vida social que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a sus tradicionales competencias” (p37).

Hasta hace un siglo atrás tener un parto domiciliario era algo visto por la sociedad como algo común, sin embargo en la actualidad dicha práctica está totalmente desaconsejada por varios países en el mundo así como en Uruguay en particular, ya que el MSP promueve firmemente la institucionalización de los nacimientos (MSP. Guías en salud sexual y reproductiva, 2014).

Para poner un ejemplo, Molla (2015)¹ en su tesis doctoral muestra los datos de porcentajes de partos domiciliarios planificados en algunos países:

Alemania	1,5%	(año 2012)	Bolivia 8%	(año 2009)
Holanda	30%	(año 2009)	España 0,37 %	(año 2009)
Turquía	7%	(año 2009)	México 44,5 %	(año 2009)

En nuestro país el parto domiciliario planificado adquiere relevancia debido a que casi la totalidad de los partos son institucionalizados (ya sea por parte del sistema mutual o del sistema público de salud), pero existe un cierto número de mujeres que a pesar de saber que el MSP recomienda el parto institucionalizado, buscan una alternativa diferente, buscan tener un parto domiciliario planificado.

Uno de los grandes motivos para la realización de este pre proyecto es recabar información acerca de los partos domiciliarios, buscando conocer las diferentes experiencias de mujeres que hayan buscado que la finalización de su embarazo sea en un parto domiciliario planificado y lo hayan logrado, intentando comprender porque desean finalizar su embarazo de esta forma.

¹ Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. Tesis Doctoral. Departamento de enfermería, Universidad de Alicante, España, 2015.

Se busca poder ampliar los escasos conocimientos que hay acerca de los partos domiciliarios planificados, ya que diversos artículos hacen referencia a la gran necesidad existente de que se generen estudios tanto a nivel mundial como regional acerca de dicho tema (Pimenta, Azevedo, Andrade, Oliveira & Mourão, 2013).

Sería un aspecto enriquecedor que la Psicología estudiara como es el proceso de llegar al parto domiciliario planificado, lo cual es muy relevante, ya que muchas mujeres se sienten afectadas por el hecho de no poder elegir libremente cual va a ser el lugar del parto, visualizándose así la imposibilidad de ver sus deseos respetados y sus demandas satisfechas. Por otro lado también le compete a la Psicología el impacto de un evento de tanta repercusión emocional en la vida sexual y reproductiva de la mujer.

Los antecedentes bibliográficos en relación a los partos domiciliarios planificados hablan de diferentes motivos o causas que llevan a que las mujeres tengan partos domiciliarios, para comprender mejor este hecho es que se analizaron los resultados de investigaciones que versan sobre dicho tema.

Para la realización de la búsqueda de los antecedentes y bibliografía pertinente se analizaron artículos originales publicados en español, inglés y portugués, los cuales fueron extraídos de diferentes bases de datos como SCIELO, DIALNET, REDALYC, TIMBÓ, PSICODOC, EBSCO, etc.

Para la realización de dicha búsqueda se usaron los descriptores parto domiciliario, parto en casa, parto humanizado, delivery home y homebirth, y la misma se restringió al período 2001-2015, con un resultado total de veinte antecedentes científicos recabados.

En artículos de diferentes regiones, como las zonas rurales de Brasil (Pimenta, Azevedo, Andrade, Oliveira & Mourão 2013; Martins, Almeida & Mattos 2012), la ciudad de Ypacaní en Bolivia (Otis & Brett 2008), Nepal (Saraswoti et al, 2012) y la zona rural de Zambia (Cephas, Karlijn, Davidson & Robert, 2015) se desprende que existe una multifactorialidad de hechos que afectan la toma de la decisión de la mujer acerca de cual será el lugar del parto. Muchos estudios (Laza, 2015; Cephas, Karlijn, Davidson & Robert, 2015; Pimenta, Azevedo, Andrade, Oliveira & Mourão 2013; Martins, Almeida & Mattos 2012; Saraswoti et al, 2012;) demuestran que existe una falta de autonomía en la toma de decisión por parte de la mujer con respecto a la elección del lugar de nacimiento, esto radica en la dependencia de la mujer hacia el marido y el peso que tiene el resto de los familiares para la decisión final, así como la decisión de los líderes de sus comunidades.

Otro de los datos que arrojan estos artículos (Laza, 2015; Cephas, Karlijn, Davidson & Robert, 2015; Saraswoti et al, 2012; Otis & Brett, 2008; Borda, 2001) es que el lugar de parto elegido por la mujer varía según la zona de residencia de la misma, es así que en la zona urbana de Nepal 72,3% de las mujeres parieron en centros de salud, mientras que solo el 35% de las mujeres que residen en zonas rurales tuvieron partos institucionalizados debido a la imposibilidad de trasladarse ya sea por dificultades geográficas en el terreno, falta de transporte o problemas económicos, aunque en estos casos no estaríamos hablando de partos domiciliarios planificados.

En un estudio realizado en Yapacaní (Otis & Brett, 2008) y otro en Nepal (Saraswoti et al, 2012), sobre las percepciones de las mujeres acerca de los principales motivos que las llevan a decidir tener un parto domiciliario planificado, destaca que el motivo principal refiere al sentimiento de miedo y vergüenza relacionado con el hecho de recibir atención médica en un centro de salud público.

También en los artículos se hace referencia a la visión negativa que tienen las mujeres de los centros de salud (Laza, 2015; Cephas, Karlijn, Davidson & Robert, 2015; Otis & Brett 2008; Delgado, Sampaio & Barros, 2007; Borda, 2001) los cuales son entendidos por las mismas como de baja calidad y calidez. En una revista cubana (Laza, 2015) se publicó un estudio acerca de los factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional, este artículo refleja que muchas mujeres sintieron sus experiencias en las instituciones de salud como frías y calificaron el trato recibido por los médicos como irrespetuoso e indigno, en referencia específicamente a los múltiples y dolorosos exámenes vaginales realizados por varios médicos. Las mujeres también expresaron que sintieron vulnerada su privacidad, por lo que este hecho sumado a los anteriores hizo que las mismas dudaran en elegir el centro de salud como lugar para el nacimiento.

Sumado a esto un artículo de Argentina (Castrillo, 2015) entiende que el retorno de las mujeres a los partos domiciliarios planificados, se debe a que muchas han tenido malas experiencias en los partos institucionalizados, por lo que buscan no volver a vivenciar nuevamente la sumisión y la impotencia generada por la violencia simbólica a la que incansablemente fueron sometidas. Con la institucionalización del parto las mujeres sienten que ya no son dueñas de sus cuerpos ni las protagonistas del nacimiento de sus propios hijos, de esta forma quedan relegadas ante la figura del profesional de la salud en el cual se cristaliza la hegemonía del poder médico.

Es por este motivo que muchas mujeres alrededor del mundo buscan una alternativa al parto institucionalizado, intentando que el mismo se desarrolle en un ambiente tranquilo, íntimo, en donde prime la libertad y en donde haya respeto hacia la

verdadera protagonista del parto, la mujer (Simoni, Monticellil, Eggert & Kotzias, 2013; Lembo, 2009; Borda, 2001).

A los factores ya mencionados como influyentes en la elección del lugar del parto se suma la visión que tienen las mujeres y sus líderes comunitarios acerca de la partera tradicional, la cual es percibida como una persona respetuosa, hábil, amigable, confiable y disponible cuando se la necesita. Otro factor muy influyente es el deseo de las mujeres de continuar tradiciones fuertemente establecidas en sus lugares de residencia, en donde el hecho de que sus madres, hermanas o abuelas hayan tenido partos domiciliarios planeados juega un papel muy importante a la hora de la elección del lugar del nacimiento. Es por este motivo que muchas mujeres de países como Brasil, Colombia, Zambia, desean continuar con la tradición cultural del parto domiciliario planificado que les ha sido legado desde sus antepasados (Cephas, Karlijn, Davidson & Robert, 2015; Pimenta, Azevedo, Andrade, Oliveira & Mourão 2013; Saraswoti et al, 2012; Martins, Almeida, Mattos, 2012; Delgado, Sampaio & Barros, 2007; Borda, 2001).

Si bien en estos artículos anteriormente mencionados la elección del parto domiciliario está condicionada por los factores ya descritos, otros estudios reafirman (Simoni, Monticellil, Eggert & Kotzias, 2013; Martins, Almeida, Mattos, 2012; Green, Brüggemann, Mucha, Knobel, Monticelli, 2012; Borda, 2001) que en las principales ciudades de Brasil así como en otros países del mundo existe todo un movimiento de las mujeres en pro de la búsqueda del parto domiciliario planificado, ya que lo consideran un lugar propicio para el parto, debido a que las mujeres saben que no habrá intervenciones innecesarias y tendrán libertad de movimiento, además el hogar es un espacio en donde se sienten seguras, es un ámbito privado, cálido y cómodo en donde estarán rodeadas por personas de su confianza.

Estos estudios (Cephas, Karlijn, Davidson & Robert, 2015; Pimenta, Azevedo, Andrade, Oliveira & Mourão, 2013; Martins, Almeida & Mattos, 2012; Otis & Brett 2008;) hacen referencia en mayor medida a las mujeres que residen en localidades rurales, pero diversos artículos (Martins, Almeida, Mattos, 2012; Lembo, 2009; Mosella, Ibáñez & Vara, 2007; Borda, 2001) también versan sobre mujeres con buenas condiciones socioeconómicas que buscan tener un parto domiciliario planificado porque consideran que el hogar es el lugar más propicio para el nacimiento y además se sienten seguras con la figura de la partera ya que la misma les brinda confianza para el momento del nacimiento.

Estos artículos (Laza, 2015; Pimenta, Azevedo, Andrade, Oliveira & Mourão, 2013; Martins, Almeida & Mattos, 2012; Borda, 2001) también reflejan que en las mujeres

existe una percepción de que el parto es un rito natural y por este motivo debe transcurrir en el ámbito del hogar. El nacimiento es visto como un evento fisiológico e importante en la vida de cada mujer y no como un evento que necesite ser medicalizado, de tal forma los partos de dichas mujeres siguen llevándose a cabo de forma tradicional.

En un artículo (Sluijs, Marc, Sicco, Scherjon & Klaas, 2015) que versa sobre si el miedo al parto que tienen las mujeres en Holanda influye en la elección del parto domiciliario o institucionalizado, se concluyó que no hay diferencias significativas en el miedo al parto entre aquellas mujeres que deciden tener un parto domiciliario planificado y aquellas que prefieren un parto institucionalizado, de este modo también queda refutado el pre concepto de que las mujeres que deciden tener un parto domiciliario tienen menos miedo al parto.

En otro estudio realizado en Holanda (Lindgren, Brink & Klinberg, 2011) se expresa que el porcentaje de mujeres con heridas en el perineo a la hora del parto, es más bajo en aquellas mujeres que decidieron tener un parto domiciliario planificado y más alto en aquellas que eligieron un parto institucionalizado. De este hecho también se desprende el papel fundamental que cumple la partera a la hora del cuidado del suelo pélvico de las mujeres, evitando de esta forma que los tejidos perineales no sean lesionados en el trabajo de parto ni en la fase expulsiva. De este aspecto se deduce que las parteras saben escuchar a las mujeres y a sus cuerpos, respetando los tiempos singulares de cada una, lo cual muchas veces no sucede en las instituciones sanitarias, en donde se establecen tiempos arbitrariamente sin respetar los tiempos individuales de cada mujer en su singularidad.

Rodríguez en un estudio realizado en el 2009 visualiza como muchas veces las parejas que desean tener un parto domiciliario planificado tienen múltiples barreras y a pesar de ello también se deben enfrentar con la necesidad de dirigirse a ciertos centros particulares que tienen entre sus servicios este tipo de atención (como las casas de parto en España), lo cual genera un gran costo, es por este motivo que poder tener un parto domiciliario planificado muchas veces no es accesible a toda la población, restringiéndose a un sector socioeconómico específico.

Otro artículo español (Escoriza, 2010) sobre la experiencia de parir en casa, expresa que en dicho país existen muy pocos hospitales que le ofrecen a las mujeres la posibilidad de tener un parto domiciliario planificado, al 2009 solo el 0,37% del total de los partos en España fueron partos domiciliarios planificados. De esta forma se puede visualizar como en ese país así como en muchos otros en el mundo existe una fuerte discusión acerca de la elección del parto domiciliario planificado, la controversia radica

en la desinformación social acerca de dicha temática y la presencia del pragmatismo del corporativismo médico que imposibilita que se contemple siquiera la posibilidad de la existencia de un parto domiciliario planificado.

El control se ejerce buscando una regulación de los tipos de parto buscando que todos sean institucionalizados, de tal forma que cuando existe una mujer que busca una alternativa a dicho estatuto la misma es fuertemente atacada siendo juzgada como mala madre, ignorante e irresponsable. Pero las dificultades no se restringen únicamente a la elección del parto domiciliario planificado, sino que también se encuentran presentes aquellas dificultades que deben sortear aquellas mujeres y sus parejas que finalmente pudieron tener un parto domiciliario planificado. Son innumerables las críticas sociales y los impedimentos que impone el sistema sanitario al ser informado de la existencia de este tipo de nacimiento (Guimarães, Munhoz & Siniak, 2011; Lembo 2009; Borda, 2001).

Las instituciones de salud y el modelo médico hegemónico se adjudican el poder de decidir el cómo, donde y cuando serán los partos de las mujeres, por lo que el discurso médico avalado socialmente tiene un gran peso en la toma de la decisión de las mujeres acerca de la elección del lugar del nacimiento. Como último punto sería posible pensar que la elección de las mujeres acerca de tener un parto domiciliario planificado es una suerte de rebeldía ante el carácter autoritario del sistema sanitario impuesto, el cual oprime las voces y los derechos de las usuarias (Guimarães, Munhoz & Siniak, 2011; Lembo, 2009; Borda, 2001).

En el caso particular de nuestro país a la fecha no existen datos estadísticos sobre el número de partos domiciliarios planificados ni desde las organizaciones que prestan asistencia a los mismos ni desde el MSP, aunque el mismo se estima entre un 1% y 2%. Además no existe una discriminación entre la cifra de partos domiciliarios planeados que tuvieron alguna complicación y se debió realizar un traslado de urgencia al hospital, de aquellos nacimientos que ya habían sido previamente planificados para ser institucionalizados (La Diaria, septiembre 2011).

REFERENTES TEÓRICOS

MEDICALIZACIÓN DEL NACIMIENTO

En una mirada histórica acerca de cómo se producían los nacimientos a lo largo del tiempo, cabe destacar que inicialmente los mismos eran llevados a cabo en los hogares de las mujeres, las cuales muchas veces estaban acompañadas por una partera y por su familia, generando de esta forma una red de contención cálida y amena que genera un ambiente propicio para el recibimiento del recién nacido. Los partos eran visualizados como hechos fisiológicos en la vida de las mujeres, es por éste motivo que los partos domiciliarios planificados eran habituales siendo vistos por la sociedad como hechos comunes y tradicionales. Pero a principios del siglo XX éste hecho cambió con el advenimiento de los cambios políticos, sociales, económicos y científicos. La medicalización de la vida social instauró una serie de cambios en la forma de parir de las mujeres en pos de disminuir la “supuesta” mortalidad materno-infantil (Castrillo, 2015; Hutter, 2010; Foucault, 1977).

En referencia a el proceso de medicalización en el Uruguay, desde los inicios del Estado y con la creación de la Universidad la figura del médico cobro más peso en la sociedad uruguaya, imponiendo las nuevas normas que rigen la vida de los ciudadanos, produciendo de esta forma cuerpos dóciles, controlados y regulados por las normas existentes manteniendo así un orden social. El poder de la figura del médico emana legítimamente de su conocimiento profesional y lo transforma en una autoridad social con potestad para intervenir sobre los cuerpos, manipulándolos y sometiéndolos a sus imposiciones (Barrán, 1989). La medicalización de la sociedad instaura una patologización de los procesos fisiológicos tales como el parto, de esta forma los cuerpos de las mujeres son intervenidos por los profesionales de la salud, los cuales fundamentan sus múltiples intervenciones en función de que los procesos fisiológicos sean llevados a cabo “con efectividad” (Magnone, 2010; Portillo, 1993).

“El discurso médico se autolegitima, invocando su condición científica, cosa muy relativa. (...) tiene una fuente científica y otra ideológica y moral (o moralizadora)”
(Portillo, 1993, p25).

Pero debido a las excesivas e incluso innecesarias intervenciones sobre los cuerpos de las mujeres en el proceso de parto, muchas veces se incurre en la iatrogenia², la cual es entendida como un efecto provocado por la propia práctica médica. Es

² Según la RAE la iatrogenia es entendida como cualquier alteración del estado del paciente producida por la figura del médico, ya que cuando se realiza una intervención en los procesos fisiológicos normales de un sujeto comúnmente existen complicaciones derivadas de dicha práctica.

necesario mencionar que en las innumerables intervenciones médicas se agravan los riesgos de caer en la iatrogenia, pero las consecuencias no se resumen solo a este hecho sino que también existen consecuencias para las mujeres tanto a nivel emocional como psicológico (Farías, 2014; Castro & López, 2010).

El poder médico avalado socialmente vigila y controla los eventos relacionados a la salud sexual y reproductiva de tal forma que las conductas de las mujeres son controladas buscando una suerte de protocolización de las mismas, estableciendo las prácticas a seguir y los lineamientos establecidos a cumplir por parte de la mujer y su pareja. El sistema medico busca adjudicarse la potestad de poder elegir donde y como las mujeres deben parir a sus hijos, ésta acción se solapa bajo la relación asimétrica existente entre el médico y la mujer ya que el poder médico al estar respaldado por el “saber médico” no deja abiertas vías de participación o de opinión para las mujeres (Castro & López, 2010; Germain 2005).

Con la medicalización de la maternidad muchas veces se visualiza a la mujer como incapaz de tomar decisiones sobre su propio cuerpo, de esta forma se produce una cosificación de la figura femenina la cual también es infantilizada por los profesionales de la salud, generando una fuerte violencia simbólica hacia la mujer de forma que la misma no se siente empoderada ni de su cuerpo ni de sus decisiones (Magnone, 2010).

PARTO DOMICILIARIO PLANIFICADO

En este punto es necesario distinguir que el pre proyecto busca conocer únicamente aquellas vivencias de las mujeres que han planificado un parto en domicilio y lo han logrado, distinguiendo esta situación de lo que es un parto “en calle” no planificado o también el caso de aquellas mujeres que habiéndolo planificado han tenido que ser trasladadas al hospital/sanatorio. Se entiende por parto “en calle” a aquel que no ha sido planificado, es decir aquellos que ocurren en un lugar imprevisto o en el trayecto hacia el hospital, por lo que no son partos planificados para ocurrir en el domicilio. Cuando esto sucede tanto el recién nacido como su madre son rápidamente llevados a una institución sanitaria para ser atendidos (Mosella, Ibañez & Varas 2007).

El desarrollo de la medicalización se ha instaurado globalmente, con mayor o menor incidencia en las políticas públicas de salud de cada país, por lo que el porcentaje de partos domiciliarios planificados varía según el país analizado. Pero cuando se hace referencia al parto domiciliario planificado ineludiblemente hay que hablar de Holanda, debido a que su sistema de salud se basa en la planificación de partos domiciliarios ya que se considera que el parto en casa es tan seguro como un nacimiento en el

hospital y en algunos casos incluso más seguro, por lo que Holanda es un modelo a seguir en lo que refiere a los partos humanizados y a la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de las mujeres, ya que posee una tasa de partos domiciliarios planificados superior al 30%. Holanda considerado un país desarrollado instaure una política sanitaria a nivel nacional basada en el parto domiciliario planificado, por lo que de esta forma refuta el pre concepto instalado mundialmente acerca de que los partos domiciliarios planificados son muy riesgosos y son únicamente llevados a cabo en países tercermundistas y en regiones rurales en donde los pobladores no tienen los ingresos económicos necesarios para poder acceder a servicios de salud de calidad (Smulders & Croon, 2001).

Así como Holanda es considerado un país pionero en la fomentación del parto domiciliario planificado hay otros países como Hungría en donde el mismo está totalmente prohibido, al respecto es muy famoso el caso de Ágnes Geréb, matrona húngara que ha sido arrestada por las autoridades gubernamentales por haber asistido partos domiciliarios planificados en dicho país. Muchas voces se han levantado en defensa no solo de Ágnes Geréb³, sino también para reivindicar el derecho que tienen todas las mujeres del mundo a poder elegir de qué forma y donde parir a sus hijos (El parto es nuestro (EPEN), s/f -1).

En algunos estados de EE.UU también está prohibido el parto domiciliario planificado por lo que muchas mujeres se mudan para tener a sus hijos en un estado en donde este tipo de parto está habilitado (Lembo, 2009).

También está el caso de España (mencionado anteriormente en el capítulo de antecedentes) en donde existen casas que ofrecen servicios privados de atención al parto domiciliario planificado, el cual está habilitado bajo ciertas condiciones establecidas en la guía de asistencia al parto en casa en España. (El parto es nuestro (EPEN), s/f -2).

Además también es necesario resaltar que en España al igual que en muchos países, el parto domiciliario planificado no está cubierto por la seguridad social por lo que el mismo es costado por la mujer y su familia, de esta forma se contratan parteras particulares (matronas) las cuales ofrecen este tipo de servicio (Guía de asistencia al parto en casa, Barcelona, 2010).

En Uruguay los partos domiciliarios planificados no están prohibidos, pero el Sistema Nacional Integrado de Salud recomienda fervientemente el parto institucionalizado a

³ La película "Libertad para nacer" realizada por los cineastas británicos Toni Harman y Alex Wakeford, cuenta la historia de Agnes Gereb matrona Húngara que fue encarcelada por apoyar a las mujeres que buscan dar a luz por medio de los partos domiciliarios planificados

todas las mujeres. En este punto en particular el MSP a través de uno de los representantes del plan Salud Sexual y Reproductiva, el Dr. Fabián García⁴ establece que el parto domiciliario planificado está totalmente desaconsejado debido a que pueden existir complicaciones en el parto que por su gravedad necesiten ser atendidas de forma urgente por personal calificado capaz de llevar adelante diversas prácticas como por ejemplo la cesárea. De esta forma se decreta que la institución hospitalaria es la única capaz de brindar respuesta a las complicaciones graves que se puedan generar en el desarrollo del parto y el nacimiento.

En su guía para el embarazo y parto el MSP establece *“El proceso del parto debe controlarse y asistirse en locales habilitados para tales efectos por el MSP (...) Todo establecimiento donde se asistan partos deberá tener personal calificado y permanente (...) El MSP promueve el nacimiento institucional y humanizado”* (p 69). Sin embargo el MSP también reconoce que las parteras están capacitadas para controlar y asistir a las mujeres gestantes en el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio que cursan sin patología y sin factores de riesgo sus embarazos (MSP, 2014).

El estado uruguayo enmarca a los Derechos Sexuales y Reproductivos dentro de los Derechos Humanos, y a través de la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, instaura ciertas pautas como *“(...) Promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando practicas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados (...)”* (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art 3. Inc.c).

Si bien la Ley 18.426 se encuentra vigente en nuestro país, la misma muchas veces no se aplica en la realidad, por lo que los derechos establecidos en ella no son reconocidos ni respetados por el personal de salud ni por la institución sanitaria (Farías, 2014; Magnone, 2010).

El incumplimiento de la ley reside por ejemplo en no respetar los tiempos del desarrollo del trabajo de parto de cada mujer ya que el sistema de salud instaura una estandarización de los “tiempos normales” de trabajo de parto que no contempla la singularidad del cuerpo de cada mujer. Muchas veces en los centros sanitarios de salud hay una atención cuasi mecánica a las mujeres embarazadas y una utilización estandarizada de prácticas y tecnología médica de forma masiva. De este aspecto se desprende que existe una falta de capacitación real del personal de salud, el cual no

⁴ Entrevista realizada por la autora del presente proyecto al Dr Fabián García, el día miércoles 9 de marzo en las oficinas del MSP, Programa de Salud Sexual y Reproductiva

sabe escuchar las necesidades reales de las usuarias, ya que no se las visualiza como mujeres que transitan un proceso fisiológico de parto, sino que el sistema sanitario y el personal médico imponen una suerte de patologización del nacimiento, el cual debe ser controlado e intervenido (Guimarães, Munhoz & Siniak, 2011; Magnone 2010; Lembo, 2009; Borda, 2001).

En nuestro país una de las organizaciones que atienden partos domiciliarios planificados es “Nacer Mejor” (<https://www.facebook.com/nacer.mejor?fref=ts>), la cual brinda un servicio de parteras que defienden y promueven la existencia de los partos humanizados. Entre los servicios brindados por esta organización civil sin fines de lucro se encuentran clases de parto e información acerca de los derechos de la mujer, como el derecho a ser respetada en su decisión acerca del lugar en donde parir. Además “Nacer Mejor” brinda acompañamiento en el hospital a aquellas parejas que hayan decidido tener un parto institucional. Como ocurre en otros países, “Nacer Mejor” es una institución privada, por lo que acceder a los beneficios que brinda la misma imprime un costo, de tal forma que la posibilidad de acceder efectivamente a un parto domiciliario planificado muchas veces depende de la situación socioeconómica de las mujeres y sus parejas.

Organizaciones como “Nacer Mejor” posibilitan que aquellas mujeres y sus parejas que deseen tener un parto domiciliario planificado puedan lograrlo, de esta forma un servicio privado hace viable que los derechos reproductivos vigentes en la actualidad en nuestro país si sean respetados aunque no cubiertos por el SNIS.

En Uruguay la figura de la partera se encuentra habilitada para firmar el certificado de nacido vivo tanto por la Universidad de la República como por el MSP. Es así que en nuestro país la partera posibilita que aquellas mujeres que opten por no tener un parto institucionalizado tengan otra opción, ya que están habilitadas como profesionales calificadas para asistir el parto domiciliario planificado (MSP, 2007).

En este último punto es necesario pensar porque sólo en el ámbito privado del hogar la mujer puede llegar a sentirse segura y respetada, éste hecho refleja las formas de organización social establecidas según el género, atribuyéndosele al varón el lugar público y relegando a la mujer al ámbito privado, de esta forma las sociedades modernas guiadas por el patriarcado se despliegan abarcándolo todo, instaurando desigualdad y exclusión hasta en los espacios más recónditos, en donde a veces solo el hogar es refugio para aquellas mujeres que quieren ser dueñas de su cuerpo y de sus decisiones (López, 2013).

PROBLEMAS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El problema de investigación del pre proyecto trata de poder acercarnos a un grupo de mujeres que han buscado finalizar su embarazo en un parto domiciliario y lo han logrado. La búsqueda de estas mujeres de un parto domiciliario planificado es un hecho que se sale de la cotidianeidad del SNIS de nuestro país, debido a que en el año 2014 el 99% de los partos vía vaginal fueron nacimientos institucionalizados (según datos aportados por el Sistema de Información Perinatal⁵) por lo que el eje principal es poder conocer porque un cierto número de mujeres buscan una alternativa a los nacimientos institucionalizados (tanto en sectores privados como públicos) aun cuando no es lo recomendado por el MSP.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Cómo fue que las mujeres llegaron a la decisión de tener un parto domiciliario planificado?
- ¿Las mujeres recibieron información en su centro de salud sobre el parto domiciliario planificado?
- ¿Las mujeres se sintieron apoyadas por su pareja y su familia a la hora de decidir tener un parto domiciliario planificado?
- ¿Cómo se informaron las mujeres acerca de las organizaciones que brindaban acompañamiento al parto domiciliario planificado?
- ¿Las mujeres se sintieron maltratadas por el personal de salud hospitalario luego del nacimiento?

OBJETIVO GENERAL

- Conocer los motivos que llevaron a las mujeres a buscar un parto domiciliario planificado

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer cómo se informaron las mujeres acerca de todo lo que conlleva un parto domiciliario planificado
- Reconocer el papel que cumple la pareja de la mujer y su familia en la decisión de un parto domiciliario planificado
- Indagar como se contactaron o eligieron a los profesionales que luego las acompañarían en el parto domiciliario planificado
- Comprender las situaciones por las que tuvieron que transitar las mujeres que decidieron no tener un parto institucionalizado luego del nacimiento

⁵ “Nacimientos según tipo de parto y grupo de edad materna. Uruguay. 1996-2014”. Datos proporcionados por el Sistema de Información Perinatal (SIP), Unidad de Información Nacional en Salud. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.

ESTRATEGIA O DISEÑO METODOLÓGICO:

Este pre proyecto se enmarca en un estudio de tipo exploratorio y se basará en una metodología cualitativa lo que permitirá acercarnos de forma más efectiva al problema planteado desde la propia experiencia de las protagonistas, teniendo como foco sus vivencias subjetivas. Las metodologías cualitativas son “aquellas capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, las relaciones y las estructuras sociales, siendo éstas últimas consideradas, tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas” (De Souza, 2009, p.20).

La técnica elegida para la recolección de la información será la entrevista semi estructurada por entender que es la mejor forma de aproximación al objetivo del pre proyecto. De esta forma se estima la realización aproximadamente de 20 entrevistas a mujeres que hayan buscado que su embarazo finalice en un parto domiciliario y lo hayan logrado. De todas formas, la cantidad de entrevistas estará basada o regulada por la saturación de la información que será recabada. Dichas entrevistas estarán precedidas por la realización de una entrevista a un informante calificado, en este caso una partera que trabaje en partos domiciliarios planificados, la cual proveerá de información relevante y necesaria para la confección de la pauta de entrevista.

Captación y muestreo:

La captación de las mujeres será por medio de diferentes instituciones u organizaciones dedicadas a la preparación de las mujeres para el nacimiento y el parto domiciliario planificado. La elección de este método de captación se basa en que es considerado el mejor para llegar de forma rápida y eficiente a las mujeres de la muestra. Además se podrá incluir una convocatoria a través de las redes sociales y la técnica bola de nieve. En el pre proyecto se definirá una muestra intencional teórica en base a mujeres entre 18 a 45 años, que en el período 2014 - 2015 hayan vivenciado un parto domiciliario planificado, cabe agregar que en las entrevistas a las mujeres no se tomaran en cuenta los antecedentes de gestaciones anteriores. Los criterios de exclusión fueron establecidos buscando la heterogeneidad de la muestra intentando descartar situaciones que pudiesen afectar el análisis de los resultados de la investigación.

De esta forma no formaran parte de la muestra aquellas mujeres que no hayan tenido un embarazo deseado/buscado/aceptado, mujeres que no hayan transitado por embarazos normales y a término, mujeres con discapacidad psíquica y/o intelectual y mujeres que planificaron un parto domiciliario pero requirieron traslado a una institución sanitaria al momento del nacimiento.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a las normativas que rigen las consideraciones éticas en la realización de un proyecto de investigación, el comité de ética de protección de datos personales y de acción de la Ley 18.331 “Habeas Data” establece que todo individuo que participe de un proyecto de investigación tiene el legítimo derecho a que sus datos personales sean protegidos, de tal forma los registros escritos y/o electrónicos de las entrevistas serán conservados bajo la responsabilidad estricta del personal que lleve a cabo el proyecto de investigación, el cual se registrará bajo condiciones de seguridad y secreto de forma que personas ajenas no puedan tener acceso a ellos.

Este pre proyecto de investigación también se encuentra regido por las resoluciones adoptadas por el Consejo de Facultad de Psicología, el cual establece ciertas normas las cuales se encuentran expresadas en el comité de investigación de la Facultad de Psicología (Recuperado de la página web de la Facultad de Psicología. Comité de ética. <http://www.psico.edu.uy/investigacion/comite-de-etica-en-investigacion>).

El presente pre proyecto se rige por todos los estatutos antes mencionados, confeccionando y entregando a las mujeres una hoja informativa de la investigación y el consentimiento informado previo a la realización de la entrevista.

Tomando en consideración que las entrevistas a desarrollar tocan temas muy importantes en la vida de cada mujer, existe la posibilidad de asesorar sobre espacios en donde atender a aquellas mujeres que presenten algún tipo de malestar psíquico generado por la entrevista, de tal forma de poder crear un espacio de contención o también derivar a un profesional en aquellos casos en donde sea necesario.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Actividades a desarrollar:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica	x	x										
Contacto con las organizaciones y entrevista a informante calificada		x										
Elaboración de la pauta de entrevista			x									
Contacto con las entrevistadas				x	x	x						
Realización de las entrevistas					x	x	x					
Desgravación de las entrevistas					x	x	x	x				
Análisis de las entrevistas							x	x	x	x		
Elaboración de informe final										x	x	x
Presentación de los resultados												x

RESULTADOS ESPERADOS

Con la realización de este pre proyecto se espera poder conocer cuáles son las motivaciones que llevaron a estas mujeres a buscar una alternativa al parto institucionalizado aún cuando no es lo recomendado por el MSP. Será relevante conocer qué papel juega la pareja, las tradiciones y la familia a la hora de que la mujer decida donde será el lugar del nacimiento. Por último también se desea conocer que limitaciones o que dificultades que tuvieron las mujeres para poder tener un parto domiciliario planificado. Se espera que este pre proyecto permita realizar nuevos aportes que ayuden a pensar en nuevas políticas de salud reproductiva desde un enfoque de género en el SNIS del Uruguay que puedan satisfacer las necesidades de las mujeres, así como incluir la prestación y cobertura de este tipo de parto dentro de las prestaciones cubiertas por el SNIS, procurando brindarles el más alto nivel de atención. El desarrollo de este proyecto adquiere una particular relevancia ya que el mismo puede ayudar a comprender las necesidades de las mujeres y a partir de ellas entender las fortalezas y las insuficiencias de la propia atención sanitaria del parto en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, L (1998). L mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos.
- Barrán, J (1989). "Historia de la sensibilidad en el Uruguay" Tomo I y II. Banda Oriental, Montevideo.
- Borda, C (2001). Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C. Revista de salud pública, pp 154 -170.
- Castrillo, B (2015). Parir en casa, parir en el hospital. Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Geograficando, 11 (2). Universidad Nacional de La Plata. Argentina.
- Castro, R; López, A (2010). Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos de América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional.
- Cephas, S; Karlijn, M; Davidson, H; Robert, R (2015). Reasons for home delivery and use of traditional birth attendants in rural Zambia: a qualitative study.
- De Souza, M (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires:Lugar editorial.
- Delgado, C; Sampaio, I & Barros, M (2007). A vivencia de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc Anna Nery R Enferm. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14>
- Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia (RAE). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>
- El parto es nuestro (EPEN) (s/f -1) ¿Puede haber justicia para Agnes Gereb?. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/02/20/puede-haber-justicia-para-agnes-gereb/>
- El Parto es Nuestro (EPEN) (s/f -2). El parto en casa planificado. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-en-casa-planificado>
- Escoriza, M (2010). Parto en Domicilio. ¿Hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital?. Servicio de Genealogía y Obstetricia. Hospital General Universitario de Alicante (España).
- Facultad de Psicología. Comité de ética. Recuperado de <http://www.psico.edu.uy/investigacion/comite-de-etica-en-investigacion>
- Farías, C. (2014) Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Uruguay.

- Foucault, Michel (1977). Historia de la medicalización. Educación médica y salud.11(1) pp 3-25.
- Germain, M (2005). "Medicalización e Institucionalización de los Derechos", con motivo del Seminario Nacional Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en los efectores públicos de salud – Trato Humanizado, 15 y 16 setiembre de 2005, Rosario, Argentina.
- Green, J; Brüggemann, O; Mucha, R; Knobel, R; Monticelli, M (2012). Resultado de partos domiciliarios atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. Rev Saúde Pública pp 747- 750
- Guía de asistencia al parto en casa (2010) Barcelona. Colegio oficial de enfermería de Barcelona. Recuperado de <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAST.PDF>
- Guimarães, T; Munhoz, M; Siniak, P (2011). A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Revista Gaúcha Enfermeria. Porto Alegre. pp:479-486.
- Hutter, R (2010). ¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto. Madrid: Editorial Turner Noema.
- La Diaria (2011) Toc toc, quién es...Discusión en torno a los lugares de parto. Amanda Muñoz, jueves 22 de septiembre del 2011. Recuperado de <http://ladiaria.com.uy/articulo/2011/9/toc-toc-quien-es/?m=humor>
- Laza, C (2015). Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional, p (487-496). Revista Cubana de Salud Pública. Fundación Universitaria del Área Andina-Sede Bogotá. Colombia.
- Lembo, M (2009).Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales. Número actual: Vol. IV - Nº 2 – 2009. Editorial: por Federico Pérgola.
- Ley de Habeas Data (2009). Recuperado de <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/ley-habeas-data2009.pdf>
- Ley 18426, 2008.Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicada D.O. 10 dic/008 - Nº 27630, República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado de la página de internet de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

- Lindgren, H; Brink, A & Klinberg, M (2011). Reproductive Health. BMC Pregnancy and Childbirth. Fear causes tears - Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study.
- Lopez, A (2013). Conferencia Inaugural. Actividades Académicas 2013. Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos. Universidad de la República, Uruguay.
- Magnone, N (2010). Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay
- Marradi, A; Archenti, N; Piovani, J (2007) Metodología de las Ciencias Sociales. Emecé editores, Buenos Aires, 2007. Cap. 3 "Método, metodología, técnicas".
- Martinez, T (2015). Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. Tesis Doctoral. Departamento de enfermería, Universidad de Alicante, España.
- Martins, C; Almeida, N; Mattos, D (2012). Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería. Numero 27; julio del 2012, pp. 306-311. Universidad de Murcia, España.
- Miljavila, M (1992). Espacio político y espacio técnico: Las funciones sociales de la medicalización. En Cuadernos del CLAEH N62 . Montevideo Pp 37-45.
- MSP. Uruguay (2014) Guías en Salud sexual y Reproductiva. "Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio" Recuperado en marzo de 2016, a partir de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20Y%20PARTO%20MSP%202014_1.pdf
- MSP. Dirección General de Salud. División Epidemiología-Estadísticas Vitales. Nacimientos según tipo de parto y grupo de edad materna. Uruguay (1996-2014). Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Cuadro%2011.%20Nacimientos%20seg%C3%BAAn%20tipo%20de%20parto%20y%20grupo%20de%20edad%20materna.%20Uruguay%201996-2014.ods
- MSP (2007) Decreto N° 445/007 del Ministerio de Salud Pública. Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Partera, actualizado en el año 2007. Recuperado de <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0700445.html>
- Mosella, F; Ibáñez, C & Varas, J (2007). Parto extrahospitalario. Trabajo de Investigación. Revista de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Santiago Oriente. VOL 2 (2), pp 121-126.

- MYSU (2014). Plataforma ciudadana en salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Uruguay 2014. Recuperado de: www.mysu.org.uy
- Nacer Mejor. Recuperado de <https://www.facebook.com/nacer.mejor?fref=ts>
- Otis, K & Brett, J (2008). Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home? Panam Salud Pública, p 46-53.
- Pimenta, D; Azevedo, M; Andrade, T; Oliveira, C & Mourão, X (2013). El parto realizado por matronas: una revisión integradora. Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería. Número 30; Abril de 2013, pp. 482-493.
- Portillo, J (1993). La medicina: el imperio de lo efímero. En Barrán, J.P. La medicalización de la sociedad (pp 15-36). Uruguay: Editorial Nordan.
- Resoluciones adoptadas por el consejo de Facultad de Psicología (2009). Recuperado de <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/resoluciones-adoptadas-por-el-consejo.pdf>
- Rocha, M (2015). "Humanización del embarazo, parto y nacimiento" Un asunto de Derechos Humanos. Trabajo Final de Grado. Universidad de la República Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay.
- Rodríguez, A (2009). The "peixet". The experience of giving birth at home. Revista volumen 18, enero-marzo de 2009. Granada, España.
- Saraswoti, K; Bilkis, B; Khursida, K; Liaquat, A; Narbada, T; Babill, S; Bhimsen, D (2012). Reproductive Health. BMC Pregnancy and Childbirth. Changing trends on the place of delivery: why do Nepali women give birth at home?
- Simoni, I; Monticelli, M; Eggert, A; Kotzias, E (2013). Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis - SC, Brasil, pp 879-886.
- Sluijs, A; Marc, C; Sicco, A; Scherjon, M; Klaas W (2015). Do fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home- or Hospital birth?
- Smulders, B; Croon, M (2001). Parto Seguro. Una guía completa. Barcelona. Editorial Medici.
- Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley Nº 18426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicado en el Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

