



Ciencias Sociales
Universidad de la República
URUGUAY

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología
Licenciatura en Sociología

Tesis de grado

Parto domiciliario planificado: una mirada desde la desmedicalización y la resistencia

Autora: Fabiana Rodríguez Larrar

Tutora: Marcia Barbero

Montevideo, Uruguay - 2021

Resumen	3
Introducción	4
Revisión teórica y antecedentes de investigación	7
La medicina como institución de control social	7
Mujeres, parto y medicina	10
Miradas feministas sobre maternidad y parto	13
Desmedicalización del parto	15
Alternativas al parto institucionalizado	17
Recomendaciones y legislación sobre el parto	18
Acercamiento a la práctica de PDP	21
Problema de investigación	24
Metodología	26
Objetivos	26
Objetivo general	26
Objetivos específicos	26
Supuestos	26
Preguntas de investigación	27
Estrategia metodológica	27
Técnica de recolección de datos	27
Conformación de la muestra	28
Estrategia de análisis	29
Plan de análisis de datos	30
Análisis	31
Medicalización del parto	31
1.1 Concepciones sobre instituciones médicas	31
Experiencias de PDP	35
2.1 Concepciones sobre el parto y nacimiento	35
Nacimiento como un momento sagrado	35
Conexión con el cuerpo y reconceptualización del dolor	36
Rol activo y protagonismo de la mujer	38
2.2. Rol de las parteras	39
2.3. Rol del varón	40
2.4. ¿PDP como un proceso desmedicalizado?	42
PDP como resistencia	46
3.1. Decisión por PDP	46
3.2. PDP como dispositivo alternativo	48
Reflexiones finales	50
Bibliografía	55
Anexos	58

Resumen

Este trabajo presenta una investigación cualitativa que se propuso explorar las experiencias sobre la práctica de parto domiciliario planificado (PDP en adelante) por parte de las mujeres que han experimentado el trabajo de parto, parto y puerperio en sus hogares, así como explorar sus concepciones sobre el parto y el nacimiento.

El término PDP refiere a un parto que es realizado en el hogar de la mujer, pudieron ser acompañada y asistida por una partera y diferenciándose de los partos en calle o de los que no llegaron a ser atendidos dentro de una institución médica. Por eso se incorpora la idea de planificado, debido a que no fue accidental, sino programado para que ocurriera en el hogar. En Uruguay la legislación vigente recomienda un parto institucional, de modo que la elección de realizar un PDP queda en un lugar ambiguo: no es prohibido pero tampoco alentado. Este aspecto es central en la investigación, en tanto los PDP pueden ser interpretados como prácticas de resistencia.

Se incorpora la lectura a partir de los conceptos de medicalización y desmedicalización para problematizar la perspectivas de las mujeres en torno al PDP. Para analizar estos aspectos se indaga en relación a la asistencia y acompañamiento, así como sobre la elección del lugar del parto y respecto a la elección de un PDP. La evidencia permite afirmar que los PDP constituyen casos híbridos en el eje medicalización/desmedicalización.

Con este trabajo se busca generar un aporte al campo de la Sociología de la Salud, más específicamente al de Salud Sexual y Reproductiva, en relación a una temática que no ha sido abordada en profundidad desde una perspectiva sociológica en nuestro país.

Palabras claves: parto domiciliario planificado; experiencias; medicalización/desmedicalización; resistencia

Introducción

En este trabajo se considera como PDP a un parto que es realizado en el hogar de la mujer, pudiendo ser acompañado y asistido por parteras, diferenciándose de los partos en la calle o de los que no llegaron a ser asistidos dentro de una institución médica. Se utiliza el término planificado para especificar una situación que fue planeada, no un accidente. Esta diferenciación resulta importante, teniendo en cuenta que en las estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MSP) el PDP no se contabiliza como categoría aparte, sino que se incluye dentro de los partos que no llegaron a asistirse en una institución médica. Teniendo en cuenta los datos proporcionados por el MSP, del total de partos vaginales (un 54,28% del total de partos registrados) en todo el país en 2020, un 0.84% son los incluidos dentro de esta categoría (domicilio y vía pública).¹ Estos son los únicos datos con los que se cuenta en cuanto información pública, donde no se le da centralidad a la práctica de PDP específicamente, sino que se la contabiliza con partos que no llegaron a asistirse.

Si bien en nuestro país el PDP no es una práctica recomendada por el MSP, este no es el caso en otras regiones y países en los que el PDP parece oscilar entre la prohibición y la promoción por parte de las autoridades de la salud². De modo tal que la legislación uruguaya lo ubica en una posición intermedia, en tanto no lo prohíbe, pero tampoco lo recomienda. En este sentido, el MSP recomienda una *“atención institucional, humanizada y acompañada del trabajo de parto, nacimiento y del recién nacido”*. (Guía en Salud Sexual y Reproductiva: 2014)

A pesar de su pequeña proporción en el total de nacimientos, teniendo solamente en cuenta las estadísticas elaboradas por el MSP, y de no constituir una práctica alentada por las autoridades sanitarias de nuestro país, un número de mujeres han optado por llevar a cabo sus partos en domicilio de manera planificada. El presente trabajo se aboca a la exploración de este fenómeno desde la perspectiva de estas mujeres, a partir de una investigación cualitativa, realizando entrevistas semiestructuradas a mujeres que han tenido uno (o más) PDP.

¹ Información disponible en ANEXO 1

² En cuanto a los países que prohíben la práctica de PDP son, por ejemplo, algunos estados de EEUU y Hungría, considerándola una práctica riesgosa. Por otra parte, los países que lo promueven son, por ejemplo, Francia, España, Australia, Japón, Holanda. Incluso alguno de estos países ofrece el PDP dentro de los servicios cubiertos por la seguridad social y otros se debe contratar de manera privada.

La salud sexual y reproductiva ha sido un campo de intervención privilegiado para la medicina y en particular para las instituciones médicas. Resulta al menos interesante indagar en torno a las experiencias de estas mujeres que han optado de manera intencional por un parto fuera del dominio de las mismas, buscando explorar hasta qué punto esta práctica puede ser interpretada en tanto resistencia a la medicalización del parto y en última instancia, se oriente a la desmedicalización del cuerpo de las mujeres.

Por otra parte, para contextualizar la asistencia en partos institucionales en Uruguay se toman los aportes Magnone (2010) quien expone que la misma se da desde el modelo tecnocrático, basándose, a su vez, en un enfoque de riesgos. En este sentido, se trata de intervenir preventivamente, con el fin de adelantar cualquier complicación, causando intervenciones innecesarias y hasta a veces contraproducentes; es decir, se toma como un *proceso patológico*, con la necesidad de recurrir al conocimiento médico constante. Como consecuencia del modelo tecnocrático, cuando nace el bebé, se realizan rutinas orientadas a disminuir riesgos de muerte, enfermedad y malformación del recién nacido/a, aun cuando lo recomendado es que no se realicen intervenciones que no sean necesarias en la primera hora del nacimiento del bebé. (Magnone, 2010:87) Expone que normalmente son los ginecólogos quienes asisten los partos en Montevideo, no las parteras como sugieren las recomendaciones internacionales sobre la humanización del parto. En este sentido las parteras a quienes entrevistó expresan que los ginecólogos/as no están preparados para esperar los procesos biológicos del parto. Sobre este aspecto Alvez (2019), al analizar los discursos de ginecólogo/as y parteras sobre las mujeres a las que asistieron sus partos destaca cómo los ginecólogos/as generan un vínculo desde la autoridad-obediencia, naturalizando situaciones de violencia obstétrica³, y, teniendo en cuenta lo expuesto por las parteras, las mismas expresan entablar un vínculo más cercano, valorando la emocionalidad, empatía y el reconocimiento de la vulnerabilidad de la parturienta en ese momento. (Alvez, 2019:31) Sin embargo, tomando en cuenta los resultados de la “Encuesta sobre Violencia Obstétrica”, en cuanto a profesionales que ejercer violencia a las mujeres en las instituciones, tanto ginecólogos/as como parteros/as y enfermeros/as se encuentran igual calificados/as. Este aspecto lleva a reflexionar sobre cómo influyen las lógicas institucionales en cuanto a la asistencia que

³ Este tipo de violencia está considerada actualmente dentro de la Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género (Ley N° 19580) definida como “*toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos productivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos.*” (Extracto Ley N°19580)

se ejercer, sin importar que tipo de profesional asista. En este sentido, se propone con este trabajo indagar, tomando las experiencias de las entrevistadas, sobre sus concepciones sobre la asistencia en las instituciones médicas y si las misma influyeron en sus decisiones de tener un PDP.

El trabajo está organizado en cinco apartados. En el primero se expone el marco teórico y los antecedentes de investigación, organizados en diferentes ejes temáticos: la medicina como institución de control social (incluyendo el *concepto de medicalización* y el de *modelo tecnocrático*), la asistencia del parto a lo largo de la historia y miradas feministas sobre la maternidad y el parto. Luego se conceptualiza el proceso de *desmedicalización*, y, finalmente, se expone sobre alternativas al parto institucional. En el segundo apartado se formula el problema de investigación y se expone la pertinencia de estudiar esta temática. Seguidamente se presenta la metodología, donde se muestran los supuestos teóricos, preguntas y objetivos de investigación, así como la estrategia de análisis. En el cuarto apartado se presenta el análisis organizado en tres ejes: 1) las concepciones sobre las instituciones médicas, con foco en la medicalización del parto 2) las concepciones sobre el nacimiento y parto que exponen las entrevistadas, indagando sobre el PDP como un proceso de desmedicalización y 3) el PDP desde una perspectiva de resistencia. Finalmente se expone una síntesis del trabajo y las reflexiones finales.

El trabajo espera contribuir al campo disciplinar de la Sociología de la Salud y al campo temático de la Salud Sexual y Reproductiva. Se busca generar conocimiento sobre un tema escasamente explorado desde la sociología en nuestro país.

Revisión teórica y antecedentes de investigación

En este capítulo se presenta, en primer lugar, el concepto de biopolítica para conceptualizar la medicalización de la sociedad y el modelo tecnocrático en medicina. Luego se plantea la asistencia en partos desde una perspectiva histórica. Seguido a este planteo, se expone una perspectiva feminista sobre el asunto, particularmente a partir del enfoque del Ecofeminismo. Posteriormente se conceptualiza la desmedicalización como fenómeno y en relación al parto. Finalmente se plantean algunos aspectos sobre alternativas al modelo institucional de parto, incluyendo al modelo humanista, como alternativa al modelo tecnocrático, y algunas apreciaciones sobre la práctica de PDP, basadas en antecedentes de investigación.

La medicina como institución de control social

“Una existencia razonable no puede desenvolverse sin una “práctica médica” (...) que constituya en cierto modo la armazón permanente de la vida cotidiana, que permita a cada instante saber qué hacer y cómo” (Foucault, 1984:114)

Foucault expone una transformación de los mecanismos, técnicas y tecnologías de poder, durante la segunda mitad del siglo XVIII. En los siglos XVII y XVIII emergen técnicas de poder que se centran en el cuerpo individual; técnicas disciplinarias. Pero, durante la segunda mitad del siglo XVIII el autor visibiliza otra tecnología de poder, la cual no excluye a la primera, sino que existe gracias a ella. Esta nueva técnica de poder no disciplinario se aplica a la vida de los humanos, como seres vivientes, destinada ya no al cuerpo individual, sino a la multitud. En comparación con el ejercicio de poder sobre el cuerpo, éste no es individualizador, sino que es masificador; afecta a procesos que son propios de la vida (nacimiento, muerte, enfermedad, etc.). Lo denomina como *biopolítica* de la especie humana, ya no es una *anatomopolítica* del cuerpo humano. (Foucault, 1979: 220) De esta manera se incluye la idea de población, ya no tomando al individuo en su detalle, sino actuando mediante mecanismos globales, para obtener equilibrio y regularidad. Es una tecnología que busca una homeostasis: la seguridad del conjunto con respecto a sus peligros internos, basándose en el equilibrio global. (Ibid:226)

Este concepto de biopolítica ayuda a comprender ciertas técnicas de poder que se ejercen desde la medicina sobre los cuerpos individuales y sobre la población, con un

fin de regulación y a la vez de prevención, aspirando a la seguridad del conjunto. En este sentido, la medicina es un saber/poder que se aplica sobre los cuerpos y sobre la población, teniendo efectos tanto disciplinarios como reguladores. (Ibíd:229) El mismo efecto sucede sobre la sexualidad, ya que incluye por un lado al cuerpo individual, y por el otro a la población, debido a su unión con la reproducción; aspecto que se puede apreciar más en la sexualidad de las mujeres. En esta línea, la sexualidad de las mujeres, al ser las encargadas de la gestación y crianza a de los/as niños/as se la disciplina a disposición de la sociedad y del poder, sin que medie su voluntad. (Lagarde, 2014: 101-102). En este sentido, la sexualidad femenina es concebida social y culturalmente como una función de la maternidad. (Ibíd:207)

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente sobre las tecnologías disciplinarias y regularizadoras, se entiende a la medicina como una institución de control social, la cual tiene un poder moralizante sobre la sociedad. Este fenómeno, al cual se denomina como medicalización, supone la transformación de la medicina en una institución de poder. *“La profesión médica es la que más derecho tiene a reclamar jurisdicción sobre el rótulo de enfermedad y sobre cualquier cosa a la que pueda asignarse este rótulo, sin tener en cuenta su capacidad para manejarlo de manera efectiva.”* (Freidson, 1970 en Zola, 1999:30) Esta transformación, según Zola (1999), sucede a partir de cuatro procesos: la expansión de lo que en la vida se considera pertinente a la práctica de la medicina; el control sobre ciertos procedimientos técnicos; el acceso casi absoluto a ciertas áreas tabú; y la expansión de lo que en medicina se considera pertinente a la buena práctica de la vida. Por otro lado Foucault (1984), al exponer sobre este fenómeno, refiere a que la salud comienza a tomar relevancia en la vida de las personas, incluyéndose en todas las esferas de la vida. De esta manera las personas comenzarán a necesitar la formación de un discurso auxiliador, por parte de la medicina sobre qué se debe hacer y cómo. (Foucault, 1984:114)

Se toman, a su vez, los aportes de Illich (1975) quien expone como, la medicalización de la vida produce más daños que beneficios, tiende a enmascarar las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad y expropia el poder de las personas para curarse a sí mismas. (Illich, 1975:9) En esta línea, propone el concepto de yatrogénesis para denominar la nueva epidemia de enfermedades producidas por el doctor, distinguiendo una triple yatrogénesis: la clínica, refiriéndose a determinadas

enfermedades que no se hubieran producido si no se aplicaban los tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente; la social, la cual se manifiesta en diversos síntomas de excesiva medicalización social y la yatrogénesis estructural, donde se visualiza el efecto más profundo de las profesiones en salud, generando una destrucción del potencial de las personas para afrontar sus debilidades. Esta yatrogénesis se produce cuando la gente acepta la manipulación de la salud en base al modelo mecánico, que conspira en proponer lo que llaman “buena salud”, cuando en realidad generan el mantenimiento heterónimo y manipulado de la vida. (Illich, 1975:29-30) Esta triple yatrogénesis, según el autor, ha llegado a ser médicamente irreversible. Para referirse a este fenómeno, que se auto refuerza y retroalimenta, utiliza el concepto de “Némesis Médica”, el cual describe como la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad, generada por un servicio de mantenimiento que lo conserva, respondiendo a un sistema industrial. (Illich, 1975:207)

Según el autor, la civilización médica niega la necesidad de que el hombre acepte el dolor, la enfermedad y la muerte. De esta manera, a medida que la institución médica se apropia de la administración del sufrimiento, disminuye la responsabilidad de las personas sobre su sufrimiento. (Illich, 1975:118) Dentro de los objetivos o cambios de perspectiva que se generan en este proceso de medicalización distingue: 1) la supresión del dolor, donde el dolor antes era responsabilidad de cada uno/a, convirtiéndose en una demanda de más drogas, más hospitales, más servicios médicos, etc. El dolor se vuelve innecesario porque puede eliminarse técnicamente; 2) la invención y eliminación de la enfermedad, donde la enfermedad surge dentro del cuerpo, pero el médico es quien le da forma y la define para el paciente. La clasificación de enfermedades que adopta la sociedad refleja su estructura institucional, y es interpretada para el paciente en el lenguaje que la industria ha generado. Cuanto más tratamiento la gente cree que necesita, menos puede revelarse ante el sistema; 3) cambia la imagen de la muerte, donde la “muerte natural” debería llegar de la mano de la asistencia médica, encontrándonos en buena salud y avanzados de edad. (Illich, 1975:121-151)

Por otra parte, David-Floyd (2004) expone que, en el siglo XVII, comienza el proceso de extracción del cuerpo del ámbito de la religión y la filosofía para trasladarse al de la ciencia. Esto genera las bases para la instauración de lo que define como modelo

tecnocrático en medicina⁴, el cual, hasta el día de hoy se rige por el principio de separación, donde el cuerpo es dado a la ciencia y a la tecnología. La sociedad tecnocrática es jerárquica, burocrática y organizada por una ideología de progreso tecnológico. A su vez, genera prácticas específicas, sostenidas por un conjunto de valores definidos y un estilo determinado de pensamiento. (David-Floyd, 2004:24-25) En este sentido las cosas están dissociadas de su contexto, de los objetos y de las personas. “... separa a la persona en partes componentes, a las enfermedades en elementos constitutivos, al tratamiento en segmentos medibles, a la práctica de la medicina en múltiples especialidades, y a la experiencia de enfermedad del fluir de la vida” (Ibíd:26)

Mujeres, parto y medicina

*“Así la intervención técnica se convirtió rápidamente
en el sello distintivo de la práctica médica masculina
y en una forma de excluir a las mujeres.” (Lupton, 2012:187)*

Según Federici (2015), en la Europa Occidental de la Edad Media, el parto era acompañado y asistido exclusivamente por mujeres. La práctica era realizada por una comadrona, en el domicilio de la embarazada, rodeada de otras mujeres, como familiares y amigas íntimas. Esta situación se mantiene hasta la “Caza de Brujas”, con el primer juicio en el siglo XV, teniendo su punto máximo entre los años 1580 y 1630, época de emergencia de instituciones económicas y políticas del capitalismo mercantil. En este momento las mujeres, muchas comadronas o depositarias de conocimientos tradicionales en el ámbito reproductivo, comienzan a ser perseguidas. Según la autora la “Caza de Brujas” fue un intento de criminalización del control de natalidad, colocando al cuerpo femenino al servicio del incremento de la población y, por ende, de la fuerza de trabajo. (Federici, 2015: 296)

⁴ Los principios básicos del modelo tecnocrático,, así como los define Davis-Floyd son: 1) separación mente-cuerpo, 2) considerar al cuerpo como una máquina, 3) ver al paciente como un objeto, 4) distanciamiento del médico (de su paciente), 5) diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro (curando enfermedades, reparando disfunciones), 6) organización jerárquica y estandarizada del cuidado, 7) autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente, 8) sobrevaloración de la ciencia y de la tecnología, 9) intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo, 10) la muerte como derrota, 11) sistema guiado por la ganancias, 12) intolerancia a otras modalidades.

Debido a esto se comienza a excluir a las mujeres del ámbito de la reproducción y partos, siendo a partir de finales del siglo XVI que a pocas mujeres se les permitió practicar la obstetricia. A principios del siglo XVII comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros, quedando la obstetricia casi completamente bajo control estatal. (Ibíd:297) Ello destruyó todos los métodos que las mujeres habían utilizado por generaciones para controlar la procreación, por considerarse “diabólicos”. A su vez se da una institucionalización del cuerpo femenino, como precondition para su subordinación a la reproducción de la fuerza de trabajo. (Ibíd:299)

Junto con el surgimiento de la medicina científica, se fue excluyendo a las mujeres de la práctica reproductiva ya que, además de que estaban sometidas por los controles de natalidad y, por ende, por controles sobre sus cuerpos, las mujeres parteras no tenían permitido el uso de instrumentos para atender partos. Se les negó entonces el acceso a la información médica y se comenzó a valorar más el conocimiento científico, donde las mujeres no tenían participación. (Lupton, 2012: 187) Al igual que Federici (2015), Lupton (2012) ve el surgimiento del *varón partero* como el control de la intervención del parto bajo el dominio de varones. La cesárea fue el primer procedimiento que hizo que las parteras perdieran totalmente el control del asunto y quedara en manos de los profesionales de sexo masculino.

Por otra parte, Odent (2002) denomina *industrialización del nacimiento* a la intervención sobre el proceso de parto. Para generar este concepto traza un paralelismo con la industrialización de la agricultura siendo que ambos fenómenos surgen paralelamente en el SXX, encontrando similitud en los dos procesos. Este fenómeno se desarrolla a partir de la intervención del proceso de nacimiento por parte del médico y el desplazamiento de las parteras. En este marco, el parto comienza a entenderse como un “*proceso patológico*”, donde se recomendaba el uso de fórceps y episiotomía para todos los nacimientos (Odent, 2002:31) Además comienza a utilizarse anestesia para evitar el dolor de parto. De esta manera, según el autor, la atención del parto se volvió impersonal. En el SXX se genera, a partir de avances tecnológicos y técnicos, una fase donde la cesárea, por ejemplo, comienza a percibirse como una técnica más fiable. Se refiere a esta fase como la *era electrónica del nacimiento*, donde las mujeres comienzan a dar a luz en un entorno eléctrico. En la era del nacimiento industrializado la mujer no debe hacer nada: es una paciente. (Ibíd:34)

Entre las intervenciones que comienzan a realizarse en este proceso de medicalización, Fornes (2009) desarrolla las dos principales: i) la episiotomía: agrandar la apertura del periné para permitir el nacimiento del bebé. La eficacia de esta práctica no está comprobada científicamente y se sigue repitiendo a pesar de las recomendaciones de OMS y la OPS de ser una práctica innecesaria e invasiva. ii) cesárea: hay un incremento de esta práctica, que es utilizada en vez de promover un parto vaginal en algunas situaciones. Aunque se recomienda disminuir esta intervención, actualmente continúan siendo elevados los índices de cesárea⁵.

Sucede, por consiguiente, que la preparación para el parto supone la aceptación de las prácticas impuestas y no una capacitación que le de protagonismo a la mujer en el proceso. Termina viéndose, de esta manera, al *“parto como un acontecimiento médico”* (Sadler, 2001 en Fornes, 2009:6), legitimando la intervención y el control médico, que tiene como correlato la pasividad de las mujeres en el nacimiento de sus hijos/as.

En la misma línea, Davis-Floyd (2009) plantea que la estandarización de las prácticas y la preparación técnica del proceso de parto moderno se da de manera ritualizada⁶. Los ritos de pasaje conforman una serie de rituales que llevan de un estatus social a otro, transformando la manera en que los individuos ven a la sociedad y a sí mismos. (Davis-Floyd, 2009:57) Así, las prácticas obstétricas pueden verse como rituales, que facilitan la internalización de valores culturales. Son prácticas imitadas y repetidas, que comunican mensajes que afectan las creencias más profundas de cada cultura relativas a la necesidad de control cultural. Proporcionan una estructura a los procesos naturales, reforzando su efectividad. En este sentido, considera que son prácticas que buscan controlar el proceso de parto y transformar a la parturienta en una madre con todos los valores de la sociedad (que cree en la ciencia, que confía en la tecnología y reconoce su inferioridad) (Ibíd:82) A su vez, lo expuesto por la autora ayuda a entender las prácticas o técnicas ejercidas por las instituciones médicas, muchas veces protocolizadas, sin tener en cuenta las subjetividades de cada paciente. Al ser prácticas ritualizadas, son naturalizadas sin cuestionarse, lo que genera dificultades a la hora de modificarlas.

⁵ Del total de nacimiento en el año 2020, el 45,7% fueron por cesárea, según Información de Estadísticas Vitales que publicó que MSP

⁶ La autora define al ritual como *“... una representación imitada, repetitiva y simbólica de una creencia o un valor cultural; su principal objetivo es alinear el sistema de creencias del individuo con el de la sociedad”* (Davis-Floyd, R.; 2009:56)

Miradas feministas sobre maternidad y parto

“...el hombre sigue siendo su amo, del mismo modo que es amo de la tierra fértil; la mujer está destinada a ser sometida, poseída, explotada, como lo es también la Naturaleza cuya mágica fertilidad ella encarna.” (De Beauvoir, 1949:73)

Se comienza este apartado exponiendo algunos aportes sobre la perspectiva Ecofeminista⁷, considerando que muchos planteos de esta corriente van en la línea de lo que se propone desde una concepción diferente del parto, al suponer que las entrevistadas tendrán algunos puntos en común desde su discursividad. Este supuesto surge al considerar como antecedente la investigación propuesta por Montes (2007) que al estudiar las diferentes manera de asistencia en partos, propone el PDP como una alternativa al parto institucional, donde analiza como sus entrevistadas exponen discursos esencialistas al dar respuesta a los discursos hegemónicos. (Montes, 2007:264)

El Ecofeminismo problematiza una conexión entre la dominación de las mujeres y la naturaleza no humana, así como la crisis socioecológica, teniendo una íntima relación entre la subordinación de las mujeres y la destrucción de la naturaleza. Incorporando aportes de la teoría ambientalista, se expone cómo la división constitutiva del pensamiento moderno se da, por un lado con el ser humano, en el centro de todo, y en el otro lado con la naturaleza, una cosa dispuesta a ser manipulada por la ciencia y la técnica (Giraldo y Toro, 2020:26). Sin embargo, tomando los aportes de la ecofeminista Val Plumwood el pensamiento moderno no solo se caracteriza por la separación sujeto/objeto, sino que está caracterizado por otras díadas polares: mente/cuerpo, cultura/naturaleza, razón/afectos, civilizado/primitivo, masculino/femenino, secular/sagrado, individuo/comunidad, humano/animal. El problema de los dualismos no es en sí su existencia, sino los aspectos reprimidos dentro de la dualidad, es decir la afectividad, la sensibilidad, la intuición, la espiritualidad, la feminidad, el cuerpo y todos aquellos atributos asociados a la naturaleza, que se ubican en un nivel de inferioridad, susceptibles a ser explotados y dominados.⁸ (Plumwood, 2002 en *Ibíd*:26)

El dualismo entre naturaleza y cultura también se puede ver en las relaciones entre

⁷ Esta corriente dentro del feminismo surge durante la década de 1970.

⁸ Algunos de estos aspectos son desarrollados por Bourdieu (2000), quien expone algunos esquemas de pensamiento de aplicación universal, que se registran como diferencia de la naturaleza, inscriptas como divisiones objetivas, así como en la subjetividad, bajo formas de esquemas cognitivos. Así hombres y mujeres son vistos como dos variantes, lo superior y lo inferior, donde el principio masculino aparece como la medida del todo.

hombres y mujeres, debido a que lo masculino está asociado a la cultura, mientras que lo natural está relegado a lo femenino. Ambas cosas están en una relación de dominación: lo cultural sobre la naturaleza, lo masculino sobre lo femenino⁹. (Fernandez, 2010:3)

Se propone, desde el Ecofeminismo, una nueva noción de libertad, pudiendo adquirirse dentro de los límites de la naturaleza y el territorio, en cooperación con la tierra. En este sentido, según proponen algunas autoras de la corriente, el modelo de subsistencia tradicionalmente ha pertenecido a la esfera de las mujeres, pero con el fin de legitimar la subordinación femenina. Estas son, estar en la casa, cuidar de los hijos, trabajar la tierra, es decir, tareas más relacionadas con lo natural, proponiendo una relación privilegiada sobre ese saber cotidiano, vinculado a la conservación de la vida. Sin embargo, estos saberes no han supuesto una mayor libertad para las mujeres, sino que han sido utilizados por parte de la cultura patriarcal, consolidando la dominación sobre ellas y la reclusión en la esfera doméstica.¹⁰ (Ibíd.:9)

Dentro del ecofeminismo existen diversas perspectivas producto de las discusiones que se fueron generando en la corriente. En este trabajo se expondrá el *ecofeminismo esencialista*, el cual considera que las mujeres, por su capacidad de dar a luz, están más próximas a la naturaleza. Buscan una recuperación y reapropiación del discurso patriarcal tradicional, asumiendo su identificación con la naturaleza. En este sentido, “...aceptan la auto-identificación de los varones con la cultura pero considerándola una forma de degeneración y decadencia con respecto al origen de la especie humana.” (Díaz, 2019:9) Consideran que la mujer al estar unida a la naturaleza y maternidad está predispuesta al pacifismo y a la preservación de la naturaleza, en cambio los varones tendrían actitudes más destructivas.

Esta visión es criticada debido a que mantiene latentes los roles tradicionales y la división sexual del trabajo de las sociedades patriarcales. Por otra parte, deja poco

⁹ Este planteo va en la misma línea que lo propuesto por De Beauvoir (1949) donde expone cómo la mujer, a lo largo de la historia ha sido construida como lo Otro, siendo que las tareas históricamente asignadas a ellas comenzaron a verse como innecesarias, mientras que las tareas enfocadas a la producción y la fuerza, es decir, las realizadas por los varones, son las necesarias para el sistema. Por otro lado, la historia de la mujer siempre ha sido construida por los varones, no protagonizada por mujeres. Sin embargo, aunque el planteo se asemeje, la autora se separa de una postura esencialista, debido a que considera que se debe superar ese binomio, no reforzarse desde las tareas asignadas históricamente a las mujeres como si se plantea desde posturas Ecofeministas esencialistas.

¹⁰ En relación a los cuidados, Badinter (1981) ayuda a pensar más allá al proponer que el instinto maternal es un mito, planteando este aspecto como una construcción cultural. En este sentido, permite replantear el cuidado de las infancias entregado a las mujeres, al discutir sobre la idea de que las mujeres son las encargadas de esa tarea como una cuestión natural.

margen de cambio, pudiendo reforzar el conformismo y debilitar las reivindicaciones de igualdad. Esta teoría biologicista termina utilizando y abusando una dicotomía (naturaleza-cultura) que ya había sido superada y descartada (Ibíd.:10) En este sentido De Beauvoir (1949) plantea que *no se nace mujer, se llega a serlo*, la figura que ocupa la mujer en la sociedad no es debido a ningún destino biológico ni psíquico. (De Beauvoir, 1949:207) Afirmer que las mujeres son naturaleza es volver al discurso patriarcal. Por otra parte, el ecofeminismo sirve como herramienta para pensar ciertas áreas donde se generan prácticas tecnomédicas invasivas, desde la necesidad de control sobre la naturaleza. A su vez, ayuda a pensar la relación entre medicina-mujer, siendo la misma una institución impulsada por varones, así como los primeros estudios de reproducción y parto, pautando técnicas y prácticas realizadas hoy en día, las cuales no contemplan a las mujeres de manera integral.

En cuanto a la propuesta del ecofeminismo, y sobre todo a su planteo del dominio de la cultura sobre la naturaleza, resulta interesante retomar a Davis-Floyd (2009). La autora propone que, junto con la industrialización, se da una nueva necesidad de controlar la naturaleza, que viene aparejada con el control de prácticas de nacimiento, difiriendo de las prácticas premodernas, donde hay un cambio cultural en los rituales de parto. En este sentido, la autora logra identificar algunas áreas donde el parto premoderno y sus patrones de crianza pueden proporcionar cambios en las prácticas tecnológicas como son: cambios estructurales en las instituciones para facilitar el libre movimiento en el trabajo de parto, utilización de posiciones erguidas para pujar, entre otras. (Davis-Floyd, 2009:28)

Desmedicalización del parto

La desmedicalización, de modo general, se considera como un proceso contrario a la medicalización, percibiéndose como una insatisfacción contra la hegemonía biomédica. Es un proceso contracultural debido a que se vehiculiza como un rechazo a la modernidad. (Bordes, 2015:631) Lowenberg y Davis (1994), por otra parte, proponen que no debería verse como un giro cultural contrapuesto, sino que se debería darse una articulación entre procesos de medicalización y desmedicalización, siendo una visión diferente a otros teóricos que conceptualizan estos fenómenos como opuestos. (Bordes: 2015) De todos modos, exponen la medicalización-desmedicalización en términos de patologías, medicinas alternativas, etc. Sin embargo, y como se nombró anteriormente,

la medicalización es un fenómeno social de amplio alcance, que supone una inmersión de la medicina en todos los ámbitos de la vida de las personas.

En este sentido, Greenhulgh y Wessely (2004) remiten, al referirse a este fenómeno, no sólo al hecho de concebir una vida libre de enfermedad o libre de síntomas, sino que la asocian al consumismo del actual mercado de bienes y servicios en salud (Ibíd:635) Debido a esto se desplaza la relación médico-paciente a la de consumidor-proveedor, como un cambio socio-cultural en el siglo XX en sociedades occidentales. Se genera, entonces, un cambio en la mirada de los pacientes, que incluyen la búsqueda de información, autoreflexión, desconfianza hacia médicos, elecciones sobre estilos de vida saludables y, por ende, búsqueda de métodos “alternativos”. *“Este cambio en la mirada de los pacientes, o la internalización de la mirada del médico, sería el punto de partida de esta patologización creciente de la salud –oxímoron que refuerza el carácter contradictorio del proceso”* (Ibíd: 635) Teniendo en cuenta esta postura, se podría apreciar el fenómeno de desmedicalización, dentro del proceso de medicalización, debido a que la internalización de la medicina, genera a su vez que los pacientes autoreflexionen y, por ende, busquen métodos alternativos.

Por otra parte Illich (1975) plantea que, con la medicalización de la vida el “curarse” deja de considerarse una actividad del enfermo y pasa cada vez más a ser el deber del médico. (Illich, 1975:77) La asistencia clínica tiene cada vez más características de mercancía, esto genera que se prepare a la gente para consumir y no para actuar, restringiendo su radio de acción. La industria médica entonces, al tener un modo de producción industrial, tiende a descuidar los valores producidos por el modo autónomo, entendido en una pérdida de autonomía. Se coloca el mejoramiento de la asistencia por encima de los factores que se podrían mejorar para una autoasistencia. (Illich, 1975:81)

Lo que se propone desde la industria médica es más medicalización. Sólo una reducción considerable del total de producción médica podría sumar a una autonomía en la asistencia a la salud y a los enfermos, haciéndola eficaz. (Illich, 1975:84) La medicalización genera relaciones de dependencia, donde la gente depende de la industria médica pero no sabe con qué finalidad. El paciente queda reducido a un “objeto en reparación”, deja de ser un sujeto al que se ayuda a curar. Se intenta transformar a personas independientes en “clientes a toda costa”. Según el autor, toda clase de dependencia se convierte en obstáculo para la asistencia autónoma mutua, para

afrontar la enfermedad, impidiendo que la gente transforme las condiciones que las enferman. (Illich, 1975:89) *“El comportamiento autónomo en estado de salud queda restringido, lisiado y paralizado por la expansión de la asistencia médica corporativa”* (Illich, 1975:118)

Al funcionar y tener una lógica que se basa en el sistema industrial, la reducción o control de la industria médica solo haría que el control social que hoy ejerce la medicina se transfiera a otra hegemonía. Sin embargo, la sociedad que pueda reducir al mínimo la intervención profesional proporcionará mejores condiciones para la salud. Cuanto mayor sea la autonomía en relación a uno mismo, los demás y el ambiente, menos se tolerará el manejo de la adaptación. (Illich, 1975:217) Resulta interesante lo propuesto por el autor debido a que ayuda a pensar en los límites de autonomía que se podrían adquirir en este sistema, donde la vida ha sido medicalizada y la salud funciona dentro de una lógica industrial y mercantil. Lo que, sumado a una medicalización de la vida propone una adaptación a las normas, sin mucho espacio a la independencia y autonomía. En este sentido ¿Se puede hablar en términos de desmedicalización, o de procesos desmedicalizados? ¿Se puede pensar en la desmedicalización como un retorno a ciertas concepciones o prácticas autónomas? Estos conceptos también se pueden aplicar al proceso de parto.

Odent (2002), quien engloba a estos procesos dentro de lo que llama una *“actitud biodinámica”*, concepto que toma de la agricultura, para referirse al parto de la era post-industrial, basándose en una comprensión de los procesos físicos y biológicos. (Odent, 2002: 90) Plantea, a su vez, diferentes maneras de alcanzar la post-industrialización del nacimiento. Una de ellas es transformar las maternidades en hospitales, proponiendo *“casas de nacimiento”*, buscando que la mujer *“olvide”* que está dentro de un hospital. Otra de las opciones es la adaptación de los nacimientos en casa, proponiendo un vínculo entre las parteras que asisten el parto y el equipo hospitalario, difuminando la oposición entre una manera y la otra, pudiendo combinar la intimidad del hogar y los equipos del hospital.

Alternativas al parto institucionalizado

Davis-Floyd propone, como alternativa al modelo tecnocrático (el cual se caracteriza por la separación cuerpo y mente, así como por concebir al cuerpo como una máquina),

el modelo humanista¹¹. Esta perspectiva plantea como característica principal una conexión entre mente y cuerpo, pero, a diferencia del modelo holístico (que se rige por el principio de conexión e integración, planteando una unidad de mente-cuerpo-espíritu), no es contrario a una tecnomedicina sino que propone humanizarla. En este sentido tiene más potencial para construir una reforma al modelo tecnocrático. (Davis-Floyd, 2004:94)

Al hablar de parto humanizado, se propone una asistencia en partos donde la mujer sea la protagonista, considerando que el parto es un proceso fisiológico, donde se deben realizar intervenciones solo en el caso que sean necesarias, respetando los tiempos biológicos de cada mujer. A su vez se busca una atmósfera de contención en el embarazo y en el momento del parto por parte de los profesionales de la salud. Toda mujer tiene derecho a desempeñar un papel central en todos los aspectos de la atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. (Arnau, 2012: 227) Se busca que se trate a la mujer, a su familia y al recién nacido de una manera más humana, logrando que en la institución se dé un clima agradable. También que se adopten medidas y procedimientos beneficiosos para el acompañamiento del parto y el nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias y protocolos sistemáticos y rutinarios, que aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician ni a la mujer, ni al bebé. Además de que se deben tener en cuenta los deseos y necesidades de la mujer a la hora de parir, contribuyendo con su satisfacción. Es decir, se trata de un “parto no intervenido”, asistido sin procedimientos que alteren la fisiología. Es igual de importante la vigilancia del estado materno y del recién nacido, como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia. (Arnau, 2012) La mujer se vuelve protagonista de su propio parto.

Recomendaciones y legislación sobre el parto

Conceptos como humanización en la atención en embarazos, partos y puerperios, así como partos respetados, se recogen en instrumentos normativos internacionales. En este

¹¹ Los principios del modelo humanista son: 1) conexión entre el cuerpo y la mente, 2) el cuerpo como un organismo, 3) el paciente como un sujeto relacional, 4) conexión y cuidado amable entre el médico y paciente, 5) diagnóstico y curación desde afuera hacia adentro y desde adentro hacia afuera, 6) equilibrio entre las necesidades de la institución y las necesidades individuales, 7) información, toma de decisiones y responsabilidad compartidas entre el paciente y el practicante, 8) ciencia y tecnología equilibradas con el humanismo, 9) enfoque hacia la prevención de la enfermedad, 10) la muerte como un resultado aceptable, 11) cuidado conducido por la compasión, 12) apertura mental hacia otras modalidades.

sentido, la OMS ha realizado algunas recomendaciones a seguir para la atención institucional en embarazos, partos y puerperios buscando que sean más respetados y humanizados.¹² También en Uruguay, al igual que en otros países, hay una ley que promueve, entre otras cosas, *“el parto humanizado, garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de mediación que no estén justificados”* (Extracto de Ley N° 18426) Por otro lado, existe la Ley N° 19580, *“Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género”* que, dentro de las clasificaciones sobre los diferentes tipos de violencias, nombra la violencia obstétrica, siendo la misma definida como *“toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos.”* (Extracto de Ley N°19580) También existe la Ley N° 17386, que garantiza el derecho de las mujeres a estar acompañadas en las instancias institucionales de parto, parto y nacimiento.

Sin embargo, aunque existan recomendaciones y legislación que busque garantizar una atención humanizada en el proceso de parto, Magnone (2010) expone que la humanización del parto en Uruguay tiene una baja visibilidad pública y escasas chances para convertirse en un modelo alternativo al tecnocrático.

“Dado el contexto de fuerte medicalización de la sociedad uruguaya, la resistencia al cambio y el corporativismo del poder médico, la inexistencia de perspectiva de género en la Reforma de Salud, la fragilidad de las políticas de salud que sustentan la humanización del parto y el no contar con un fuerte movimiento social que lo encarne hace que corra serias dificultades para consolidarse como opción viable dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.” (Magnone, 2010:146)

¹² *“Informar a la comunidad sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera; realizar más de un 10 al 15% de los nacimientos por cesárea es injustificable en cualquier región geográfica; favorecer los partos vaginales después de cesáreas; evitar pruebas de monitoreo durante el trabajo de parto normal ya que no está probado que tenga efectos positivos en el resultado del embarazo; no colocar a las embarazadas en posición de litotomía (acostadas con las piernas en alto); animarlas a caminar durante el trabajo de parto y posibilitar que cada mujer pueda decidir libremente la posición que quiera asumir durante el parto; no realizar episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal) en forma rutinaria; no inducir (iniciarse por métodos artificiales) los partos por conveniencia en un porcentaje mayor a un 10%; evitar durante el parto la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto; ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de su madre; fomentar el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.”* (Fornes, V.; 2010: 5)

Aunque no se cuente en Uruguay con un movimiento social que encarne esta temática, existe la “Red de Humanización”, que tiene alianza con la Escuela de Parteras y con el MSP. En este sentido se han propuesto leyes y normativas que intentan acompañar una humanización institucional del parto. La autora propone que se debe garantizar la cobertura de todos los partos, desde el Sistema Nacional Integrado de Salud, sean los mismos institucionales o en domicilio, propiciando la autonomía de las mujeres para decidir dónde parir. (Ibíd:146)

Alvez (2019), al entrevistar a diferentes profesionales de la salud que asisten partos (ginecólogos/as y parteras), expone cinco barreras para que las mujeres asuman protagonismo en las instituciones: 1) falta de experiencia por parte del profesional de atender partos de determinada manera diferente a la que están acostumbradas/les enseñaron, 2) infraestructura no adecuada, 3) discrecionalidad, 4) comodidad del médico, 5) cuestión generacional.

Resulta interesante plantear los aportes de Castro (2014), quien señala que muchos de los aspectos en referencia a abusos o malos tratos en instituciones médicas por parte del personal de salud con las mujeres que van a asistir sus partos tiene que ver con la formación profesional. En este sentido, basándose en Bourdieu, establece que el campo médico produce subjetividades, es decir, el habitus médico, siendo “...*predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas del campo médico.*” (Ibíd:173) Los profesionales de la salud, según el autor, adquieren estas predisposiciones a través de la formación que reciben en su formación, recreándolas, posteriormente, en su práctica profesional de manera cotidiana, formando parte de su sentido común. A su vez incorpora el concepto de “currículum oculto”, el cual hace referencia al conjunto de presiones y restricciones que caen fuera del currículum formal, asociado a jerarquías y relaciones de poder. (Ibíd:175)

En la misma línea, Magnone (2011), en base a entrevistas realizadas al personal médico sobre violencia obstétrica, expone que la mayoría refiere a lo vivido o estudiado en sus prácticas preprofesionales: la práctica estudiantil, la radicalización de las jerarquías, la demanda de asistencia y las consecuencias de atender partos de bajo riesgo como si fueran de riesgo. Varias de sus entrevistadas destacan diferentes prácticas que se realizan sólo con el fin de aprender, que van en detrimento de la calidad de atención de

las mujeres, como por ejemplo numerosos tactos, cesáreas, fórceps e inducciones sin ser necesarias. (Magnone, 2011:7)

Estos aportes ayudan a reflexionar sobre cómo el proceso de socialización durante la formación laboral de los profesionales de la salud va a determinar los valores, conocimientos y normas que adquirirán a lo largo de su formación profesional, internalizándolos a tal punto de accionar, en su práctica profesional, de manera naturalizada, de los derechos humanos y las recomendaciones, tanto internacionales como locales.

Acercamiento a la práctica de PDP

Resulta interesante incorporar la investigación de Frank y Pelloso (2013), sobre la percepción de los/las profesionales en cuanto al PDP. En sus resultados concluyen, en base al análisis de las entrevistas a profesionales que trabajan acompañando este tipo de partos en Brasil, que, el parto en domicilio favorece a una humanización del parto, brindándole mayor autonomía a la mujer, individualidad en el trato y privacidad. Describen el ambiente en domicilio como adecuado y seguro para parir, más armonioso, libre de estímulos como luz y ruido, promoviendo la liberación de hormonas necesarias para el parto, contribuyendo a un parto generado de forma fisiológica, reduciendo intervenciones y atendiendo aspectos psicológicos, emocionales y sociales. Exponen como, los partos de bajo riesgo solo necesitan intervenciones cuidadosas, que a veces no son necesarias. Como último aspecto a resaltar ven una necesidad de transformar los escenarios actuales de parto institucionales, donde prevalece el modelo hegemónico tecnocrático de atención y un papel pasivo de la mujer.

Crizóstomo, Nery y Barro Luz (2007) comparan las vivencias de mujeres que han tenido dos partos, uno institucional y otro en domicilio en Brasil. Describen las experiencias en domicilio como fenómenos fisiológicos, sin complicaciones, donde existen los mismos riesgos que en un parto en hospital, acompañados por partera que atienden las necesidades psicológicas y sociales, y donde se permite una participación activa por parte de la pareja. Señalan algunas ventajas como lo son la libertad de movimiento, la seguridad, la privacidad y la autonomía en el proceso. Como contraparte, describen las vivencias en partos hospitalarios como más laboriosos y lentos que en domicilio, con más intervenciones traumáticas e innecesarias. Exponen a

la vez que en Brasil los partos hospitalarios se realizan desde una medicalización del proceso, adaptándose a nuevas tecnologías, con un gran número de intervenciones, apoyándose en el enfoque de riesgo. Consideran entonces que es necesario retomar la práctica de parto humanizado, donde se ve a la mujer de una manera holística y al parto como un evento fisiológico, lo que implica que se realicen intervenciones solo cuando son necesarias.

Por otro lado, Fornes (2009) realiza una investigación desde una mirada antropológica sobre la atención en el modelo hospitalario, proponiendo indagar sobre las prácticas “cortantes” que se intentan erradicar por ser obsoletas o inapropiadas, explorándolo desde los relatos de las mujeres que han experimentado partos institucionales, en relación a lo que se considera como *violencia de género en el parto*. Concluye que las mujeres que tienen partos sin conocimiento de sus derechos, bajo prácticas intervencionistas, enfatizan su conformidad y la necesidad de una intervención que brinde confianza y seguridad, colaborando a un parto “fácil y rápido”, valorando el no sentir y los procedimientos que, bajo discursos de cuidado y prevención, hacen que el proceso sea experimentado como menos propio. Esto es lo que da lugar al “parto como acontecimiento médico” (Fornes, 2009:6) Por otro lado, en cuanto a sus entrevistadas que considera tienen un conocimiento legal y médico y deciden tener a sus hijos en sus hogares expresan confianza en el poder de parir sin intervenciones y expresan una transformación interior. Estas experiencias ponen en cuestión representaciones y prácticas atravesadas por la costumbre y legitimadas por el saber-poder médico. (Ibíd:6)

La autora contempla al PDP como una alternativa para las mujeres que deciden dar a luz al margen de las reglas institucionales y las prácticas abusivas. Expone también que los partos que son realizados fuera de rutinas institucionales son mayoritariamente encarnados por mujeres que han tenido experiencias institucionales, siendo objeto de prácticas obstétricas que “dejaron cicatrices”, buscando otros caminos para sus siguientes partos. Expone como mujeres que logran tener un parto vaginal por ejemplo luego de una cesárea, o un parto natural luego de una episiotomía, resignifican sus experiencias anteriores, visualizando violencias de las que habían sido partícipes. (Ibíd:7) Para finalizar expone cómo las experiencias de parto, sean institucionales, sean en el hogar, reproducen relaciones de género.

“... las experiencias de parto están sesgadas por relaciones de género que asignan un lugar específico a la mujer; ya sea en la obediencia respecto a las reglas/rutinas institucionales, ya sea en la reclusión doméstica como único reducto para poder ejercer el derecho y el poder sobre su cuerpo. (...) [Se] construye a la maternidad, a la vez que asigna y tipifica roles y actitudes de la mujer en el proceso reproductivo.” (González de Chavez; 1999 en Ibíd:8)

Por otra parte, cuando se habla de PDP, o de prácticas donde se busque un parto sin intervenciones médicas, como expone Montes (2007), aparecen en los discursos de las mujeres la resignificación del dolor en la experiencias de parto. En este sentido Rodrigañez Bustos (2010) expone que en muchos pueblos no se conocía el dolor de parto, viéndolo como algo patológico. Citando a Read (1993), obstetra inglesa, plantea que el dolor forma parte de un sistema de defensa destinado a alertarnos sobre agresiones y disfunciones de algún órgano o sistema, debido a un mal funcionamiento. (Read, 1993 en Rodrigañez, 2010:15). De esta manera describen el parto natural como indoloro, para eso hay que evitar la *disfunción de la distensión muscular*. Concluye que es necesario conectarse con el útero y la sexualidad, que conforma parte del parto, para parir sin dolor y da cuenta de testimonios de partos que muestran un placer extremo a la hora de parir.

Problema de investigación

Este trabajo, que se ubica en la intersección entre la Sociología de la Salud y la Sociología de Género, busca aportar a un campo de investigación en construcción, por lo que se propone una investigación de carácter exploratorio. La temática de Salud Sexual y Reproductiva dentro de las Ciencias Sociales es un campo en crecimiento, donde hay muchas investigaciones, siendo el PDP un tema que no ha recibido mucha atención académica. Diversas investigaciones lo nombran como una opción o alternativa al parto institucionalizado, pero no profundizan al respecto. De esta manera se busca aportar al estudio de esta temática, explorando las concepciones y experiencias de las mujeres que han llevado a cabo un PDP.

En Uruguay el PDP no es una práctica recomendada por el MSP. Lo que se recomienda es un parto institucional atendiendo a las diferentes recomendaciones para una asistencia de embarazo, parto y puerperio respetada. En este sentido, el PDP se encuentra en un lugar ambiguo, ya que no es recomendado pero tampoco prohibido. Es una práctica asistida por parteras, donde se contrata su servicio de manera privada. Resulta novedoso estudiar esta práctica en Uruguay, siendo una situación diferente a las de otros países en los que el PDP forma parte de las opciones a la hora de elegir donde parir, muchas veces con amparo estatal, incluso siendo, en algunos casos, una práctica cubierta por la seguridad social.

Por otra parte, las mujeres que deciden tener un PDP, sin tener en cuenta el porqué de esa decisión, llevan adelante una actitud biodinámica (Odent: 2002), yendo en dirección contraria al discurso médico dominante (el cual recomienda un parto institucionalizado). Pero también buscan un saber técnico, como por ejemplo, en los casos en los que se da un acompañamiento y asistencia del parto por las parteras. Esta dimensión resulta interesante para este trabajo debido a que el PDP es concebido como alternativa al parto institucional, pudiendo ser tomada dentro del proceso de desmedicalización del parto. Ahora, si estos aspectos no son contrarios o se propone la articulación de ambos procesos (medicalización y desmedicalización), sería pertinente analizar a partir de las experiencias de las mujeres, en qué medida se podría considerar como una desmedicalización del parto. Que se realice fuera de una institución médica no sería garantía de un proceso totalmente antagónico a una práctica medicalizada, teniendo en cuenta que es un concepto general que permea muchas dimensiones de la vida.

Por otra parte, si se considera al PDP como práctica alternativa al parto institucionalizado, también puede conceptualizarse en tanto práctica de resistencia. En todas las redes de poder, existen puntos de resistencia (Sanín y Zapata, 2014:79). En este sentido, tomando a la institución médica como una institución de poder en la sociedad actual encargada, en la mayoría de los casos, de la asistencia en partos, se podría pensar, teniendo en cuenta a las mujeres que tienen a sus hijos/as en sus hogares, que se da como una resistencia a la institucionalización del parto.

Debido a que el término de biopolítica y de dispositivo de poder, como lo expone Foucault, muchas veces termina cooptando y reduciendo las resistencias, debido a su amplitud conceptual, se tomará, el término *biopolítica alternativa*, que supone una lucha contra la dominación del cuerpo, presentándose a favor de un tipo de libertad, en los términos de autonomía y autodeterminación. (Ibíd.:80) En este sentido se plantea a las redes de resistencia como dispositivos alternativos, o contra-hegemónicos, considerando que también son, al igual que los dispositivos, “...*modos de captar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivientes.*” (Agamben; 2011 en Ibíd:81) Se aborda de esta manera debido a que los dispositivos alternativos, bajo sus propias reglas, definen formas específicas de vida al margen de la protección del riesgo de la biopolítica. Estos grupos se alejan de las lógicas de dominación ejercidas por algunas instituciones para interponer sus propias dinámicas, entendiéndolas dentro de un proceso de autonomía.

De todos modos, es importante remarcar que los aspectos que implican la autonomía se deben limitar en su accionar. De esta manera debe darse dentro de las mismas posibilidades de la configuración de lo social. No se toma a la autonomía como sinónimo de independencia, sino que se configura como una manera de vivir en sociedad bajo el autogobierno. (Ibíd.:82) Se considera que esta dimensión aporta a entender que tan opuestas pueden verse estas dos maneras de parir (institucional y domiciliaria) y, además, estudiar la práctica en cuanto a la posible autonomía que brinda a las mujeres entrevistadas, considerándolo, según los aportes teóricos sobre PDP, un aspecto importante. La exploración de las experiencias de las mujeres sobre el PDP, se espera, pueda contribuir a conocer si la decisión de tener un PDP, en tanto alternativa al parto institucionalizado, puede constituir una práctica de resistencia de las mujeres al modo hegemónico de parir.

Metodología

Objetivos

Objetivo general

Explorar las concepciones y experiencias de las mujeres en torno al parto domiciliario planificado

Objetivos específicos

- Explorar las concepciones en torno a la medicalización del parto en instituciones médicas
- Explorar las visiones sobre el cuerpo en el proceso de parto y sobre los aspectos en referencia al nacimiento que las llevaron a realizar un PDP
- Indagar sobre los aspectos que influyeron en la decisión de realizar un PDP
- Explorar el rol asumido por la mujer en el proceso de PDP

Supuestos

- Las mujeres que deciden tener un parto domiciliario tiene una visión sobre el cuerpo y el parto que va en sintonía con una concepción de parto humanizado, sin necesidad de intervenciones, respetando los tiempos biológicos y una concepción diferente del dolor de parto. (¿Qué concepciones tienen sobre el proceso de parto?)

- Las mujeres que han sufrido violencia obstétrica o institucional en experiencias anteriores buscan partos fuera de las instituciones para resignificar sus experiencias anteriores. (¿Hay experiencias anteriores que han hecho que decidan tener un parto domiciliario?¿Qué concepciones tienen sobre las instituciones médicas y sobre la atención institucional en parto?)

- Las mujeres que toman la decisión de tener un PDP han accedido a información y experiencias que han sido de influencia para tomar la decisión. Es decir, que cuentan con un conocimiento sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y, a su vez, generan un discurso específico que legitima esa decisión.

- Las concepciones sobre el parto y el nacimiento de las mujeres que han decidido tener un PDP se basan en discursos esencialistas, los cuales tienen sus fundamentos en lo biológico y lo natural.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son las experiencias que han llevado a las mujeres a decidir tener un parto domiciliario planificado? ¿Cuáles son sus discursos en relación al PDP?

¿Qué concepciones tienen sobre el parto? ¿Qué concepciones tiene sobre las instituciones médicas?

¿Se puede entender al PDP dentro del proceso de desmedicalización? ¿Puede ser entendida la decisión de tener un PDP desde una perspectiva de resistencia?

Estrategia metodológica

Este trabajo se aborda mediante una estrategia cualitativa, ya que nos permite trabajar con los significados, motivos, valores, creencias y actitudes que no pueden reducirse a una operacionalización de variables, aspectos que deben ser estudiados en la profundidad de las relaciones, procesos y fenómenos. (De Souza, 2003:18) Busca profundizar en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, basadas en la subjetividad, siendo la metodología que más se adapta al objeto de estudio y con la cual se podrá aproximar, de mejor manera, a las experiencias sobre parto domiciliario planificado por parte de las mujeres.

Técnica de recolección de datos

La técnica seleccionada para este trabajo fue la técnica de entrevista. Se eligió esta técnica debido a que el lenguaje resulta la manera por la cual se objetivizan sus experiencias.

Se optó por esta técnica debido a que en un principio no se tenía un acercamiento a ninguna partera ni organización que se dedicara a la asistencia en PDP. De esta manera, se comenzó por entrevistar a algunas mujeres, siendo las mismas las que fueron brindando contactos para las siguientes entrevistas.

Las entrevistas son utilizadas para recolectar aspectos subjetivos (como valores, actitudes, opiniones, etc.), caracterizándose por una comunicación verbal que enfatiza la importancia del lenguaje y el significado del habla. (De Souza, 2003:45) En este sentido, la entrevista resulta una técnica de recolección útil por la cual se puede indagar sobre las experiencias de las entrevistadas. Debido a que, lo que se busca es recabar en sus discursos y en sus experiencias concretas de parto, y no indagar con respecto a las biografías de las mismas o sus trayectorias individuales, no se tuvo en cuenta otros tipos de técnicas que se enfocan en estos aspectos, como, por ejemplo, historias de vida.

Por otro lado, el tipo de entrevistas que se realizaron fueron entrevistas semi estructuradas¹³. Esta decisión se toma para darle un tinte de naturalidad a la entrevista, no como en una entrevista estrictamente cerrada, pero que pueda estar guiada con preguntas iniciales y temas para abordar a lo largo de la misma, dando cierta libertad a la entrevistada para que aborde lo que realmente considera más importante sobre el PDP, pero a la vez teniendo una guía de temas.

La unidad de análisis se compone por mujeres que han llevado a cabo uno o más PDP, completando la totalidad del proceso en sus hogares.

Conformación de la muestra

La muestra está conformada por 11 mujeres que han tenido un PDP, concluyendo la totalidad del proceso en sus hogares. Para conformar la muestra se buscó aquellos casos en los cuales se completó todo el proceso de parto en sus hogares, excluyendo a aquellas mujeres que por alguna razón tuvieron que ser trasladadas a la institución médica, debido a que el propósito de la investigación es explorar sobre las experiencias de PDP.¹⁴

En cuanto a la recolección de datos se realizó a principios de 2019, donde se buscó acercarse a los discursos de las mujeres que conforman la muestra. Se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron, en su mayoría, aplicadas en los domicilios de las entrevistadas, siendo las mismas grabadas y luego transcritas, conservando el anonimato de las mismas.

¹³ Pauta de entrevista en ANEXO 1

¹⁴ Cuadro con características de la muestra (edad y formación profesional) en ANEXO 3

Al basar la muestra en una técnica de reclutamiento como la de bola de nieve, consistiendo en que las entrevistadas brinden contactos para futuras entrevistas, generó que la muestra sea bastante homogénea, por ejemplo, en relación a las parteras con las cuales se asistieron. De todos modos esto no se considera como una desventaja, debido a que el objetivo de la investigación, no es generalizar ni brindar una descripción de la población que accede a esta práctica, sino comprender los discursos de las mujeres que han realizado un PDP, haciendo énfasis en sus experiencias individuales.

Estrategia de análisis

Se propone un análisis discursivo, basado en las experiencias de las mujeres entrevistadas. En este sentido, se toman los aportes de Scott (1992) quien considera que cuando se parte de la experiencia como origen del conocimiento, se toma la visión del sujeto individual como evidencia sobre la que se construye la explicación que se está buscando. Plantea que no son los individuos los que tienen la experiencia, sino que los mismos son constituidos a partir de la misma. Así es como las experiencias no se convierten en el origen de la explicación, sino en aquello que buscamos explicar, acerca de lo cual se produce el conocimiento. (Scott, 1992:48-50)

En esta línea Puiggros y Gagliano (2004) plantean cómo las experiencias modifican a los sujetos en su identidad. Ven a la experiencia como acontecimientos que dejan huellas, no siendo todos los acontecimientos experiencias. Reconocen a las experiencias como aquellas que producen un *“movimiento en la subjetividad”* *“La experiencia es conflictiva, llama la atención al sujeto por producir una ruptura en el continuo de su vida. Este acontecimiento no necesariamente es consciente, pero deviene en huella subjetiva.”* (Puiggros y Gagliano, 2004:149) Por lo tanto, se tomará a las experiencias como una manera de acercamiento a los procesos subjetivos, ya que las experiencias tomadas de esta manera son las que constituyen la subjetividad en los seres sociales, generando cambios.

Considerando la propuesta de Scott (1992) sobre el lenguaje y el discurso como dimensiones axiales para la comprensión de experiencias, plantea al lenguaje como un sistema en el cual se construye significado, organizando prácticas culturales y por el cual las personas se representan y comprenden su mundo (Scott, 1992:89 en Garazi, 2015:5) La experiencia y el lenguaje deben ser analizados en su conjunto, debido a que

describe a los sujetos constituidos discursivamente, tomando a la experiencia como un evento lingüístico. Describe a la experiencia como la historia del sujeto, y al lenguaje como el sitio donde esa historia se representa. (Scott, 1992:66) Esta postura aporta a comprender la construcción de los discursos de las entrevistadas, identificándose con determinadas posturas que harán a las diferentes concepciones sobre el parto, siendo, las mismas construidas a través de sus experiencias y mediante el lenguaje será como se accederá a ellas.

Propone que las experiencias sirven para dar visibilidad a determinadas situaciones, legitimando críticas a falsas afirmaciones de objetividad de los relatos históricos tradicionales. Por ejemplo, parte del proyecto de la historia feminista ha sido desenmascarar esos relatos al hacer notar sus fallas. (Ibíd:58) En este sentido el análisis de experiencias dará visibilidad a las historias de parto de las entrevistadas, pudiendo exponer sobre sus PDP, mostrando esa opción alternativa como elección posible.

Desde otro punto de vista, se propone un análisis socio-hermenéutico del discurso, que busca tener en cuenta al sujeto y también al contexto en el que el discurso se forma. Se va del enunciado al sentido vivido de los sujetos, colocándose en el plano de la fundamentación de los enunciados. (Alonso, 1998:211) Según el autor, para fundamentar las acciones se debe averiguar que significan para las personas que las realizan, situándose en el lugar de los sujetos, este es un campo conflictivo, es un juego de poderes y lenguajes. (Ibíd:211) De esta manera se tiene en cuenta el contexto así como el sujeto, que, en vez de considerarlo como obstáculo para investigar, hay que asumirlo como una precondition necesaria, debido a que, es el sujeto quien le da sentido a los hechos y textos.

Plan de análisis de datos

Sobre el tratamiento de la información, luego de finalizada la etapa de recolección, se transcribieron y organizaron todas las entrevistas para posteriormente ser analizadas con el programa MAXQDA. Las mismas, en un principio, fueron clasificadas según las dimensiones propuestas: 1) concepciones sobre las instituciones médicas, 2) concepciones sobre el nacimiento y parto, 3) rol que cumplieron las personas que acompañaron y/o asistieron el parto, 4) aspectos relacionados con la experiencia de PDP, 5) autonomía y protagonismo de las mujeres en la experiencia de PDP.

Posteriormente a la clasificación en dimensiones, se comienza a codificar dentro de las mismas, generando 18 códigos¹⁵. Finalmente se agrupa la información, teniendo en cuenta los ejes propuestos para el análisis: 1) el parto dentro del proceso de medicalización, 2) El PDP propuesto dentro de un proceso de desmedicalización, y 3) el PDP desde una perspectiva de resistencia.

Análisis

En este capítulo se propone un análisis de las entrevistas realizadas guiado por tres ejes. El primero en relación al proceso de medicalización del parto, donde se incluyen las concepciones de las entrevistadas sobre las instituciones médicas, teniendo en cuenta que han decidido un parto por fuera de las mismas. Luego se plantean las concepciones de las entrevistadas en referencia a cómo conciben el proceso de parto y nacimiento, para analizar la práctica de PDP desde una perspectiva de desmedicalización. Finalmente, se analiza al PDP en clave de resistencia, tomando en cuenta tanto a la práctica en sí como a la decisión de tener un PDP.

1. Medicalización del parto

1.1 Concepciones sobre instituciones médicas

Aunque la mayoría de las entrevistadas no han optado por tener un PDP debido a una experiencia institucional percibida como negativa, por diferentes razones opinan que la institución médica no es el mejor lugar para tener a sus hijos/as, eligiendo una opción alternativa a la hegemónica, un parto por fuera de la institución médica. Sus concepciones sobre las instituciones médicas se agrupan en dos categorías: 1) funcionamiento institucional y 2) asistencia por parte de profesionales de la salud

¹⁵ Dentro de la primera dimensión se codificó la información en: 1- funcionamiento institucional, 2- asistencia y trato en instituciones médicas, 3- experiencias en controles de embarazo, 4- trato y relaciones con personal médico. Sobre la segunda dimensión se codificó: 5- conexión con el cuerpo, 6- concepción sobre el nacimiento, 7- concepciones sobre el parto, 8- aspectos relacionados con la maternidad, 9- aspectos relacionados con el dolor. En cuanto a la tercera dimensión: 10- rol del varón, 11- rol que jugó cada una de las personas, 12- Rol parteras. Sobre la cuarta dimensión: 13- autonomía en el proceso, 14- protagonismo, 15- decisión y papel activo. Finalmente, en relación a la quinta dimensión: 16- decisión de realizar un PDP, 17- concepciones y prejuicios sociales sobre el PDP, 18- concepciones y prejuicios en institución médica.

- Funcionamiento institucional

Estos aspectos refieren a las concepciones de las entrevistadas en relación a cómo consideran se asisten los partos en las instituciones médicas, específicamente sobre cómo están dadas las condiciones en la misma y cómo se espera funcione, a nivel de logística, asistencia y tiempos.

Terminaste de entrar y lo primero que hacemos es “tracate”, separa, interrumpir, intervenir. Después te ven abajo, en emergencia, y después si te suben te ve otra persona allá arriba, olvidarnos de todo lo que implica el pudor y el cuidado de nuestras zonas genitales, de nuestras partes íntimas. Y ahí en adelante. (Entrevistada 8)

Para analizar este aspecto se retoma el aporte de David Floyd (2004), en relación al modelo vigente en las instituciones médicas, es decir, el modelo tecnocrático. Este modelo se basa en el principio de separación (las personas disociadas de su contexto), y como pilar fundamental toma a la ciencia y tecnología. La disociación de las personas de su contexto genera una despersonalización en la asistencia de los partos. Sobre este aspecto, Odent (2002) expone que en la industrialización del parto la mujer es vista como paciente, tiene un rol pasivo. Este principio de separación y la despersonalización en la atención, genera, a su vez, que la asistencia se dé desde un enfoque de riesgos. En este sentido se realizan intervenciones protocolizadas y preventivas, que, al no tener en cuenta las particularidades de cada caso, generan un trato homogeneizante.

La idea de prevención es incorporada desde una postura Biopolítica de la medicina, esto es, enfocada en la masa, no en lo individual, la cual genera aspectos disciplinarios y reguladores. A su vez, la protocolización de determinadas intervenciones, a veces innecesarias, influida por tener en cuenta lo masivo y no lo individual, se vincula con lo expuestos por David-Floyd (2009) sobre la manera ritualizada de concebir el parto, siendo su fin controlar el proceso de parto y a su vez transformar a la parturienta en madre, mediante un sistema de valores específico. Sobre el aspecto de prevención y protocolización, una de las entrevistadas expone: Entonces hay cosas como de la medicina que, en ese sentido, no estoy de acuerdo y no me gusta ser como objeto de ese “por las dudas”. (Entrevistada 10)

Las entrevistadas, a su vez, consideran importante generar un cambio en la manera en la que se asisten los partos institucionales:

Es un evento más del cuerpo fisiológico como se pueden conocer otros. Siempre una vez más hablando sobre eso, sobre partos que vengan bien, como que no tengan ni diabetes, ni presión alta, ni alguna de las cosas que te pueden aparecer mientras estás embarazada. Mientras no tengas nada de eso y sea un embarazo normal está bueno que sea un proceso que sea lo más natural posible. (Entrevistada 4)

Por otra parte, las entrevistadas exponen aspectos que van en la misma línea que lo propuesto por Cristóstomo y Barro (2007), quienes, al comparar entre experiencias institucionales y domiciliarias, describen a las primeras como más laboriosas y lentas, con más intervenciones innecesarias. En cambio, las experiencias en domicilio las describen como fenómenos fisiológicos, sin complicaciones, donde existen los mismos riesgos que en los partos hospitalarios, desarrollándose en un ambiente más armonioso. Estos aspectos están presentes en los discursos de muchas de las entrevistadas, quizás a partir de un preconceito de cómo se da el parto en las instituciones, influyendo en su decisión de tener un PDP: Ni bien nace, a esa luz fuerte, a los ruidos de un quirófano, porque le dicen sala de nacer pero son quirófanos, hay ruido de bandejas. Quizás es mucho desde la idea, el preconceito que yo tomé la decisión de que fuera en casa. (Entrevistada 6)

Por otra parte se mencionan algunos aspectos que tienen que ver con el funcionamiento institucional en torno al puerperio, sobre el cual las entrevistadas mencionan, como punto principal, el tener que quedar ingresadas en la institución médica luego de haber tenido a su bebé como una desventaja del sistema. En este sentido, no solo consideran que no es necesario en todos los casos, sino que algunas lo ven como una barrera adicional para estar “tranquila con tu bebé”.

Estás internado, y tenes las 24 horas un servicio de enfermería y de neonatología y te sentís acompañada, no existe. Tenés tres turnos, dos turnos diferentes, cuatro turnos diferentes de Nurse y enfermeras y en cuanto a la lactancia y tu estado físico o lo que sea, puedes llegar a tener cuatro recomendaciones diferentes en 24 horas. No pasan a preguntarte como estas desde un lugar real de indagar. Cómo estás con esto de la lactancia desde un lugar emocional de decir ay capaz que esta mamá está atravesada también por otras cuestiones, te pasan a ver para hacerte un tic en una cuestión institucional y práctica de si das teta o no das teta a los efectos de que el MSP evalúe que tus prácticas de lactancia están acorde. (Entrevistada 11)

- Asistencia por parte de profesionales de la salud

Teniendo en cuenta las posturas de las entrevistadas sobre este aspecto, de manera general se exponen disconformidades que tienen que ver con las trabas que genera el personal de salud, donde no se permite la autonomía ni la intimidad, aspectos fundamentales para poder llevar a cabo el trabajo de parto y un parto sin complicaciones.

Si yo voy ya en cosa de pelea la hormona del amor que es la oxitocina no va a segregarse, entonces, lo que va a pasar es que me van a meter oxitocina sintética y ahí va a empezar una máquina de contracciones insoportable para mi cuerpo y ahí empieza como la intervención, oxitocina sintética, te

palpo. Cuando más intervención menos autonomía del cuerpo de la mujer, menos la mujer controla su dolor. (Entrevistada 3)

Otra cuestión destacada por las entrevistadas va en la misma línea que lo propuesto por Magnone (2011), sobre la violencia institucional. En este sentido, la misma se ejerce cuando las mujeres preguntan “demasiado” sobre el proceso de parto, o cuando plantean alternativas al modo hegemónico de atención. Este aspecto aparece como central a la hora de exponer sus concepciones sobre el personal de salud: Entonces como que en realidad como son autoridades y cuando una va y dice yo quiero ser autónoma en mi cuerpo, en mis decisiones, no hay cabida para eso. Salirse de lo normal o lo esperado. (Entrevistada 7)

Por otra parte, resaltan los protocolos que realizan los ginecólogos que asisten partos, yendo incluso en contra de recomendaciones internacionales.

Entonces en vez de arropar a ese bebé, llevarlo con la piel de la madre, que se prenda a la teta de su madre, a su tiempo, que escuche la voz de esa madre que es la que escucho siempre, que es la misma, solo que ahora se escucha distinto, está ensayando los oídos. No, lo que hacen es separarlo de la madre, lo dejan 5 minutos. (Entrevistada 3)

Como contrapartida, el acompañamiento en el puerperio por parte de las parteras fue, para las entrevistadas, una de las diferencias más sustanciales cuando lo comparan con los aspectos que plantean sobre sus concepciones en relación a la asistencia institucional.¹⁶

En resumen, el análisis de las entrevistas permite afirmar que, según sus concepciones sobre las instituciones médicas, existen aspectos en relación a la asistencia institucional que aportan a la medicalización del parto, como los referidos a los controles, reglas y protocolos de asistencia. Sin embargo, otros aspectos tienen que ver con la asistencia de los profesionales en las mismas, los cuales muchas veces dependen de la propuesta institucional, en cuanto a tiempos, actos médicos, etc. Resta explorar si estos aspectos tienen que ver con la formación de los profesionales y el “habitus médico”, los cuales aportan al establecimiento del modelo tecnocrático y a la asistencia desde un rol autoritario.

¹⁶ Estos aspectos se desarrollan con mayor profundidad en el siguiente eje.

2. Experiencias de PDP

2.1 Concepciones sobre el parto y nacimiento

En este apartado se exponen algunos aspectos en relación a cómo las entrevistadas conciben el momento de parto y nacimiento.

- Nacimiento como un momento sagrado

Al analizar las concepciones de la entrevistadas en relación a cómo conciben el proceso de parto y nacimiento aparece la idea del nacimiento como un momento sagrado. Este aspecto va en la misma línea que lo propuesto desde algunas perspectivas Ecofeministas, que proponen que dentro del modelo tradicional de subsistencia, las tareas que se asignan a las mujeres (estar en la casa, cuidar de los hijos, trabajar la tierra), es decir, tareas más relacionadas con lo natural, están en una relación privilegiada ya que están más vinculadas a la conservación de la vida. Desde el Ecofeminismo, se busca potenciar esos aspectos, los cuales han sido foco de dominación y utilizados para la reclusión de las mujeres en la esfera doméstica. (Fernandez, 2010:9) En este sentido, desde la visión más esencialista del Ecofeminismo, se conceptualiza el nacimiento como un momento sagrado, proponiendo potenciar esos conocimientos naturales de las mujeres.

A su vez, algunas entrevistadas exponen la necesidad de recordar conocimiento de culturas anteriores, considerando que la asistencia antes de la industrialización del parto se generaba de una manera más “natural”. Estos aspectos son señalados por Federici (2015), quien expone que en la Edad Media, por ejemplo, el parto era acompañado por comadronas y otras mujeres, donde existía un conocimiento ancestral en reproducción, que, con la *Caza de Brujas* se fue perdiendo, debido a que esas mujeres fueron perseguidas.

Poder recuperar los conocimientos de las diferentes culturas que todavía lo mantienen. Y ahí te estoy hablando del uso de plantas medicinales, hasta lo que es alimentación, hasta... un montón de cosas. El movimiento, ya tenés un montón ahí con la danza del vientre que era, más allá de eso, un momento entre mujeres de danza, de compartir la hormonalidad y de compartir la vivencia corporal que nosotros en occidente la hemos perdido. (Entrevistada 8)

Las entrevistadas, al exponer sus representaciones acerca de cómo son concebidos por la sociedad el parto y el nacimiento, describen la necesidad de retomar algunos de estos

aspectos, sobre lo sagrado del nacimiento y sobre lo natural que debería ser el proceso de parto, entendiendo que no debe ser sobre intervenido, esperando el tiempo biológico necesario y teniendo en cuenta las capacidades del cuerpo, como un proceso fisiológico.

Si uno llega al mundo en un entorno violento, en un entorno en el que no se respeta ni la temperatura ideal para que vos, desnudo y mojado y recién saliendo de un lugar que era perfecto, que era la panza de tu mamá, salir y que te los muestran agarrándolos de los pies como si fueran una presa de conejo y, como que todo ese tipo de cosas siento que no son nada respetuosas con el bebé que está viniendo. Y si vos llegas en un entorno de cariño y de respeto en el que te dicen las cosas como, que te van a hacer, en el que te anuncian, bueno mira que, te hablan a ti, persona. Sos una persona, sos considerado persona, sos tenido en cuenta: tu incomodidad, tu necesidad vale la pena. (Entrevistada 6)

Retomando lo expuesto por las corrientes del Ecofeminismo y a su vez interpretando lo que exponen algunas de las entrevistadas sobre “retomar lo natural”, o que el parto “sea lo más natural posible”, surge la pregunta acerca de si el proceso de parto puede no ser un proceso natural. De esta manera, se considera más adecuado referirse a un proceso con menos intervenciones, o sin intervenciones innecesarias. Incluso se podría plantear el concepto de parto fisiológico para referirse a un parto normal, donde no es necesaria la intervención.

Por otro lado, al oponer lo cultural a lo natural se está dejando de lado el aspecto de la asistencia, siendo un factor cultural en nuestra sociedad, y, a su vez, la manera en que las entrevistadas eligieron parir, acompañadas y asistidas por parteras. En cuanto a la concepción del Ecofeminismo sobre lo natural/cultural, donde aparece lo natural como lo femenino y lo cultural como lo masculino, cabe preguntarse ¿qué rol tiene el varón en tanto padre? Al pensar en culturas ancestrales y en la posibilidad de pensar el parto entre mujeres ¿es posible pensar en un rol activo en los partos por parte de los varones? ¿Se considera importante la presencia del varón en este momento? Estos aspectos se retoman más adelante.

- Conexión con el cuerpo y reconceptualización del dolor

En las entrevistas aparece la idea de conexión con el cuerpo, como un sentir que permite que el proceso se lleve de la mejor manera. En este sentido, según sus experiencias, las entrevistadas describen las contracciones uterinas como rítmicas, que se “llevan” de la mejor manera si se logra concentración y conexión con el cuerpo. Por otra parte, este proceso es descrito como intenso, donde se despiertan muchas experiencias que las

atravesaron como mujeres, considerando que la historia de la sexualidad de cada mujer está en su útero. (Entrevistada 10)

Para que se genere una conexión con el cuerpo como se propone, lo que podría llevar a vivenciar el dolor de otra manera, describen que son necesarios aspectos como autonomía e intimidad para dar los tiempos biológicos necesarios a las mujeres en el momento de parto. Solo sos cuerpo, solo sos cuerpo en trabajo de parto, y un momento en el que estás en otro plano, tenés los ojos cerrados, no hablas y estás en total trance. Está sucediendo, solo es presente absoluto. Estás en trance. (Entrevistada 11)

Estos aspectos, según la propuesta de Frank y Peloso (2013), se potencian en un PDP, al desarrollarse en un ambiente armonioso, libre de estímulos, que facilita la intimidad y, por ende, la relajación. Las entrevistadas, sobre este aspecto, consideran que el proceso de parto no lo hubiesen podido cursar de la misma manera, debido a que sienten que en sus hogares fue más fácil lograr la relajación, y que en una institución médica habrían tenido muchas intervenciones o barreras para estar tranquilas en el trabajo de parto. Estos aspectos, como se expuso anteriormente, tienen que ver con sus concepciones sobre cómo son los partos en las instituciones médicas, y con la información y experiencias a las que han podido acceder sobre partos institucionales.

Por otra parte, muchas de las entrevistadas proponen reconceptualizar el dolor, exponiendo que no es dolor lo sintieron, debido a que todo funcionaba con normalidad. Muchas de las entrevistadas, en este sentido, tienen un discurso que va en la misma línea que lo propuesto por Rodrigañez (2010), quien expone al dolor como una manifestación de que algo está funcionando mal. En el caso de un parto normal, sin complicaciones, las contracciones no deberían doler si el cuerpo está funcionando bien.

Es que tu cuerpo está haciendo mucha fuerza con músculos que nunca antes habías usado y que bueno, eso genera una sensación muy intensa. Pero no es dolor porque está todo bien, no es una sensación de señal de alarma de que algo malo está pasando. (Entrevistada 5)

Muchos de estos aspectos relacionados con las concepciones sobre el nacimiento como momento sagrado así como con la necesidad de conectar con el cuerpo y resignificar el dolor van en sintonía con la propuesta de Montes (2007) quien analiza los discursos de mujeres que han tenido PDP. En este sentido, plantea que estas mujeres tienen un discurso esencialista biológico que lo exponen como resistencia a los discursos hegemónicos sobre el parto y nacimiento. Lo propuesto por la autora también se ve plasmado en este estudio, donde muchas de las entrevistadas manifiestan concepciones

sobre el parto relacionadas con lo natural del proceso, como manera de separarse de la medicalización del parto.

- Rol activo y protagonismo de la mujer

Según la revisión de antecedentes (Frank y Peloso: 2013; Cristóstomo y Barro: 2007; Odent: 2002), el “debe” de las instituciones médicas en cuanto a la asistencia en partos, muchas veces, es la falta de protagonismo de las mujeres, es decir, la mujer en un rol pasivo, donde predomina la intervención del proceso. De esta manera describen al PDP como un proceso donde se fomenta la autonomía en la asistencia y la intimidad. A su vez, exponen que el hogar es un ambiente más propicio para generar un clima armonioso y libre de estímulos.

Estos aspectos también aparecen en las entrevistas, junto con otras concepciones sobre lo que les resultó significativo en su experiencia de PDP. Dentro de estos aspectos que consideraron significativos se pueden distinguir: los que tienen que ver con su bienestar, los que tienen que ver con el bienestar del bebé y los que refieren al puerperio.

Sobre los aspectos que tienen que ver con el bienestar de las entrevistadas, consideran que se les brindó más autonomía, comodidad, el poder gestionar sus movimientos corporales, el hacer lo que querían y sentían en cada momento. A su vez, mencionan la intimidad, el estar con sus objetos, haciendo referencia a que esos nacimientos sucedieron en sus cotidianidades. Sabes dónde están las cosas, sabes lo que vos necesitas y yo creo que ese control así es lo que te deja dejarte llevar y dejarte, como que fluir en el momento del parto que es cómo más importante. (Entrevistada 6)

En esta misma línea, manifiestan que se sintieron protagonistas de su parto, pudiendo hacer todo lo que necesitaban en cada momento (bañarse, salir a caminar, hacer diferentes ejercicios con objetos como pelotas, etc.) Es decir, tuvieron un rol activo y libertad de acción, sintiendo que en la institución médica no la tendrían. Y estuvo bueno porque en realidad yo me sentí re contenida todo el tiempo ¿no? re cuidada y respetada en mis tiempos, en mis ritmos. (...) Yo me sentí como siempre re acompañada, re cuidada, y empoderada. (Entrevistada 9)

En cuanto al bienestar del bebé mencionan que nacieron respetados, con los tiempos biológicos que necesitaban, teniendo en cuenta al nacimiento como momento sagrado. Exponen, a su vez, lo importante que fue para ellas pensar que nacieron con sus objetos alrededor y que los primeros olores que sintieron fueron los de su hogar.

Finalmente, en cuanto al puerperio mencionan que no tuvieron que trasladarse luego del parto ni tampoco tuvieron que quedarse en observación, internación. También consideran que les facilitó estar en su hogar en relación a poder utilizar su baño, su cama, comer comida casera, etc.

2.2. Rol de las parteras

Para que se genere un ambiente de intimidad y autonomía es importante pensar el rol del/la profesional que esté asistiendo el parto, de qué manera se desempeña en su rol técnico y qué vínculo establece con la mujer, su familia y el bebé. Se considera, entonces, un factor necesario a tener en cuenta a la hora de pensar la desmedicalización del parto.

En este sentido, y retomando algunas cuestiones sobre la asistencia profesional en partos institucionales, Magnone (2010) señala que las recomendaciones internacionales sobre humanización del parto sugieren que los partos de bajo riesgo, dentro de las posibilidades, deben ser asistidos por parteras. Este aspecto tiene que ver con la formación de las mismas, la cual está más enfocada a esperar los tiempos biológicos, priorizando un parto fisiológico, si no hay complicaciones. En cuanto a la asistencia en partos institucionales en Montevideo esto no es lo usual, debido a que en las instituciones médicas los partos son asistidos mayoritariamente por ginecólogos/as. Alvez (2019) sobre este aspecto plantea que las parteras reclaman una necesidad de ampliar sus competencias, debido a que están capacitadas para una participación más activa en la asistencia en partos. Esto se da, en el sector privado, debido muchas veces al acto médico, pero, en términos generales tiene que ver con una jerarquía de los profesionales, en donde la autoridad máxima es el médico. (Alvez, 2019:62-63)

Las entrevistadas, a la hora de intercambiar sobre su experiencia de PDP hacen énfasis en el acompañamiento de las parteras. Describen que tuvieron en cuenta sus necesidades en todo momento, que les brindaron comodidad e intimidad, generando un vínculo de confianza con ellas. Ellas en realidad acompañan y vos sos la que toma las decisiones de qué posturas, para donde moverte y ellas lo que hacer, lo que hacían eran sugerirme. (Entrevistada 9)

Además, las parteras les generaban seguridad, en el sentido de que si ellas proponían un traslado por alguna razón confiaban en su rol profesional, no poniendo esa decisión en duda. A su vez, sintieron seguridad al establecer un vínculo de confianza con ellas en

tanto consideraban que podrían percibir cualquier eventualidad, considerando que no había ningún riesgo: Siento que no hubo riesgo alguno porque además las parteras todo el tiempo dicen que a la primera señal que hay algo que no esté bien jamás van a poner en riesgo la vida de la madre ni del hijo. (Entrevistada 10)

Teniendo en cuenta lo que exponen sobre el riesgo, se puede decir que, en el caso de un PDP donde se busque asistencia (acompañamiento de parteras) y se lleven todos los controles necesarios (entendiendo que se está asistiendo un parto de bajo riesgo) solo se asistirá en el hogar mientras el riesgo siga siendo bajo. De esta manera si se percibe alguna situación que implique algún riesgo en ese parto, se traslada a una institución médica. Se podría decir, entonces, que en el PDP se tiene en cuenta la noción de riesgo, siendo este aspecto el que indicará la necesidad de un traslado o no. En otras palabras, se asistirá en el hogar mientras ese riesgo sea bajo. Los partos de alto riesgo son asistidos en las instituciones médicas, ya sea por una cesárea urgente o partos complicados que necesitan un cuidado específico.

Por otra parte, en cuanto a la asistencia de las parteras en el puerperio, las entrevistadas dan suma importancia al acompañamiento que brindan en ese momento, debido a que lo consideran “los días más complicados”. Reciben visitas de las parteras por un mes luego del nacimiento dependiendo de las dificultades de cada madre, la frecuencia en la que las visitan. También, luego del parto asiste al domicilio un médico de familia para hacer los estudios correspondientes.

Las parteras brindan homeopatías, incluso a cada madre le preparan una homeopatía con su placenta, con el fin de que ayude a la recuperación del parto. En este sentido se podría decir que la asistencia que brindan muchas veces tienen que ver con un conocimiento relacionado con la medicina alternativa, pero, a su vez, también asisten desde una perspectiva médica, debido a su rol técnico y profesional.

Finalmente, podría concluirse, al tener en cuenta lo descrito por las entrevistadas en relación a las parteras, que su asistencia podría tener aspectos en común con lo propuesto desde el modelo humanista.

2.3. Rol del varón

Teniendo en cuenta los aportes del Ecofeminismo con respecto a los binomios, como son lo cultural/natural y masculino/femenino, se expone cómo los atributos relacionados

con la naturaleza se ubican en un nivel de inferioridad, planteando una explotación y dominación sobre estos. En este sentido, lo masculino está asociado a lo cultural, mientras lo femenino está asociado a la naturaleza, estando en una relación de dominación, tanto lo cultural sobre lo natural como lo masculino sobre lo femenino. Desde las críticas a las posturas Ecofeministas Esencialistas se mantiene la necesidad de superar estos binomios, que al considerarlos como privilegiados, se siguen manteniendo intactos, entorpeciendo el “camino a la igualdad”. Sin embargo, muchos de estos discursos en relación a lo natural de la femineidad se siguen manteniendo, y resulta interesante en este sentido preguntarse qué rol juegan los varones al momento de parto, sobre todo cuando se propone un retorno al parto dentro de la esfera de las mujeres.

Por otra parte, tomando como referencia al Ecofeminismo constructivista, que propone que las identidades de hombres y mujeres no son opuestas sino que son construcciones sociales e históricas, e incluso al Ecofeminismo crítico, que considera que todos los seres humanos somos naturaleza y cultura, se podría entender al parto y la maternidad/paternidad como una implicación activa del varón en los procesos. En este sentido, aportes como los de Badinter (1981), quien plantea que el instinto maternal es un mito, siendo que se conforma con fines de regulación y control, sumado a otras exposiciones en relación a la construcción de la maternidad, dan cuenta de que no es una asociación biológica o por naturaleza el considerar a la maternidad y a los cuidados dentro de la esfera femenina.

Al pensar en paternidades, resulta interesante plantear ¿desde dónde podrían aportar los varones en el acompañamiento del proceso de parto? ¿un protagonismo más activo en el involucramiento del parto y nacimiento podría ayudar a una división igualitaria en los cuidados? Sobre este aspecto, los antecedentes con respecto a experiencias de PDP reseñados en este trabajo, hablan de un protagonismo por parte de las mujeres pero no se hace referencia sobre si ese protagonismo también lo tienen quienes están presentes en el proceso de parto, muchas veces siendo los padres del bebé.

Por esta razón es que se consulta a las entrevistadas sobre el rol que tienen los padres en el proceso de parto, siendo que se encontraban presentes en todos los casos. En este sentido, las entrevistadas consideran que tuvieron una participación más activa y una posibilidad mayor de involucramiento del que hubiesen tenido en la institución médica, debido a que tuvieron que implicarse más en la organización anterior y posterior como

en el momento en sí mismo. Muchas de las entrevistadas consideran que sus compañeros fueron un apoyo emocional fundamental, otras hasta parieron sosteniéndose de ellos. Muchos de los padres cortaron el cordón umbilical y recibieron a los bebés al salir del canal de parto.

Creo que también es algo importante para el padre que participe desde ese lugar, del nacimiento de sus hijos. Es algo como, para él es una experiencia como re imborrable, estar ahí en ese momento así, tan poderoso fue para él. (...) Recibirlos él. Es como muy importante para el padre también y el muy protagonista también, como que la familia es protagonista del nacimiento. (Entrevistada 6)

Algunas entrevistadas consideran que fueron comprensivos con ellas en el puerperio, sobre los cuidados y sobre determinadas tareas domésticas, evaluándolo como una consecuencia que generó el haber vivido el proceso de parto con un involucramiento activo.

2.4. ¿PDP como un proceso desmedicalizado?

Para analizar estos aspectos, y basándose en las postulaciones sobre los polos opuestos desarrollada en el apartado de Ecofeminismo¹⁷ entre otras exposiciones incluidas en el marco teórico, se desarrollan dos tipos ideales¹⁸ para conceptualizar algunas cuestiones en relación a las diferentes maneras de parir: parto medicalizado y parto desmedicalizado. Para generar la siguiente conceptualización se tienen en cuenta la asistencia en el proceso de parto en las instituciones, basada en una medicalización de la sociedad, y por ende una medicalización del parto. Como opuesto se considera a una práctica totalmente desmedicalizada. Se oponen dos tipos de parto, el institucional y el domiciliario. El supuesto es que el parto institucional corresponde a un parto medicalizado, mientras que el domiciliario se alinearé más a una concepción desmedicalizadora del nacimiento.

¹⁷ Estos aspectos tienen su base en las diádas polares sobre el pensamiento moderno, (desarrollados por Val Plumwood (disponible en el apartado de Ecofeminismo). Algunas de las mismas son: cultura/naturaleza, secular/sagrado, individuo/comunidad, humano/animal, civilizado/primitivo.

¹⁸ Para desarrollar estos conceptos se recurre a los tipos ideales denominados por Weber. Los mismos son medios conceptuales para la comparación y medición de la realidad. Son tipos ideales tanto en su sentido lógico como práctico. A su vez es algo indiferente a cualquier tipo de valor; nada tiene que ver con una perfección que no sea puramente lógica. Estos conceptos, a su vez, no son el fin, sino el medio con miras al conocimiento de las conexiones significativas. (Weber, 1958: 85-87)



Teniendo en cuenta los tipos ideales descritos, el PDP según las experiencias de las entrevistadas, no se encontraría estrictamente dentro de la categoría de parto desmedicalizado. Como se expuso anteriormente, las entrevistadas no solo contrataron un servicio de asistencia con parteras, sino que enfatizan esa asistencia como sustancial en la experiencia. Las parteras, entonces, asisten desde su rol técnico, con un conocimiento médico específico. A su vez a muchas de las entrevistadas les generaba confianza que había una institución por detrás. Este aspecto influyó a la hora de optar por elegir el acompañamiento de parteras que trabajaban de manera particular o contratar el servicio de una organización. Sobre el vínculo con las parteras, las entrevistadas resaltan que se generó mediante un vínculo de confianza, el cual fueron afianzando durante varios meses antes del parto (desde el embarazo en clases, talleres y consultas). Se podría decir, entonces, que existe un saber médico que no es cuestionado y que les generó confianza.

Debido a todos estos aspectos, el acompañamiento que brindan las parteras y cómo se generó ese vínculo de confianza, según el análisis de las entrevistas, es unas de las diferencias principales en cuanto a la asistencia en partos institucionales. Este aspecto se plantea, no sólo en relación al tipo de acompañamiento que el profesional puede brindar

sino que consideran que el funcionamiento institucional no está dado para generar este tipo de vínculos.

Si hay algo que me parece importante en los procesos y en lo que puede ofrecer en particular este equipo pero algunas otras duplas también es como lo de generar confianza, confianza mutua. Qué es lo que a veces falta en las instituciones, alguien que confie en vos y en quien vos puedas confiar, confiar que no te va a meter una mano sin que vos sepas para qué, confiar en que te van a respetar. (Entrevistada 8)

Otro aspecto en relación a la asistencia de las parteras descritas por las entrevistadas, tiene que ver con la incorporación de métodos alternativos, como por ejemplo homeopatías, uso de esencias, etc. En este sentido, se podría ver como una incorporación de saberes tradicionales (técnicos y médicos), con otros tipos de conocimientos de la medicina alternativa.

El análisis de las entrevistas permitió identificar una variedad de factores por los cuales las entrevistadas optaron por tener un PDP, que tienen que ver con el ambiente del lugar de parto, como por ejemplo la familiaridad que brinda el hogar, la relación con los objetos y olores. Pero hay otros aspectos que tienen que ver con la asistencia del profesional de salud en ese momento. En este sentido, influye no solo el ambiente y las lógicas del lugar donde se asiste un parto, sino la formación de cada profesional. Estos aspectos son expuestos por Magnone (2011), basándose en las entrevistas que realiza al personal médico sobre violencia obstétrica, donde los mismos hacen referencia a lo vivido o estudiado en su formación universitaria, donde se realizan determinadas prácticas solo con el fin de aprender, no teniendo en cuenta a las mujeres ni lo que necesitaban. Por otra parte, lo propuesto por la autora se reafirma en la investigación realizada por Castro (2015) sobre la constitución del habitus médico en las instituciones estudiantiles como universidad de medicina y en prácticas hospitalarias de formación. En este sentido, los estudiantes de medicina irán adquiriendo el habitus médico, con sus discursos y prácticas específicas y lo que denomina como currículum oculto de lo aprendido que generan predisposición a una práctica profesional con tintes autoritarios y a la violación, en este caso, de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

De decir bueno, el lugar lo protagonizan las mujeres, yo te lo digo así y como titular queda precioso. ¿Y después? ¿Cómo hacemos? ¿Cómo hacemos si en realidad en la vía de los hechos, en lo concreto, ese médico o esa médica vienen de discursos machistas y patriarcales en los que no hay una confianza tácita de la capacidad de parir de esa mujer? (Entrevistada 11)

Como propone Fornes (2009), el parto reproduce relaciones de género, en un parto hospitalario, donde se deba obedecer las reglas y rutinas institucionales. Pero, en un PDP también plantea este aspecto, donde se genera una reclusión doméstica como único lugar donde se podrá ejercer el derecho y poder sobre el cuerpo en el momento de parto. Esta dimensión está transversalizada por la atención institucional, y esto se ve en la experiencia de algunas entrevistadas que optaron por un PDP debido a malos tratos o incomodidades en instituciones médicas. En este sentido, se retoma lo propuesto por Odent (2002) sobre la post-industrialización del nacimiento, donde se generan *actitudes biodinámicas*, que llevan a mejorar la asistencia en parto, sin intervenciones innecesarias.

En esta misma línea, se considera que las experiencias domiciliarias pueden sumar a experiencias institucionales, en tanto se tenga en cuenta la manera de asistir en las mismas. Por otra parte, aporta, teniendo en cuenta la propuesta de coordinación entre ambas prácticas, a reconceptualizar y concebir el parto de manera diferente. Es un cambio en entender que el nacimiento tiene que tener una visión en derechos humanos. Políticas públicas de derechos humanos, de género, donde todo eso esté atravesado, transversalizado, y observado desde una visión. (Entrevistada 11)

Para finalizar, en cuanto a la noción de riesgo, en un PDP hay una noción de riesgo presente, donde solo se asistirá el parto cuando este riesgo sea bajo. En cuanto a partos medicalizados, el riesgo está presente todo el tiempo, asistiendo desde el enfoque de riesgos, lo que genera una intervención constante y protocolización de determinados procesos. En este sentido, al tener en cuenta la noción de riesgo, el PDP también se ubica en un lugar intermedio a los dos tipos ideales propuestos.

Finalmente, al retomar los aportes de Montes (2007) y teniendo en cuenta los discursos de las entrevistadas en relación a sus concepciones sobre el parto y el nacimiento, por un lado se generan discursos asociados a lo biológico y “natural” del proceso, pero por otro, al centrarse en la asistencia de las parteras, se considera que existe un conocimiento técnico que no se genera desde una oposición a lo médico, sino que se incluye combinando otros aspectos en relación a la vivencia del proceso. Se podría decir entonces que se vinculan estas dos esferas, la que se propone desde un discurso más esencialista, que expone al parto y al proceso desde la importancia del mismo, teniendo en cuenta lo “natural” del proceso con una asistencia que también incluye conocimientos desde la medicina y lo técnico del proceso.

3. PDP como resistencia

3.1. Decisión por PDP

Se desarrollan, para comenzar a reflexionar en torno al PDP como práctica de resistencia, algunos aspectos referentes a la decisión que tomaron las entrevistadas. Se proponen tres categorías para pensar este aspecto: 1) incomodidad en las instituciones médicas, 2) malas experiencias en las instituciones médicas 3) prioridad por métodos alternativos no hegemónicos.

La primera tiene que ver con las concepciones negativas de algunas entrevistadas sobre las instituciones médicas, las cuales les generan incomodidad a la hora de asistir al médico, no sólo en referencia a los controles correspondientes al embarazo, sino en otros tipos de consultas.

No fue ni por una mala experiencia ni por nada. Fue como que, en principio no me resultaba... nunca me sentí muy cómoda en el ámbito hospitalario, siempre que voy al médico me siento muy incómoda, todo lo que son los controles me ponen muy incómoda y me siento como a prueba. Sentía como un poco eso, como todo el mundo me dice como ta, que osada, que valiente, yo creo que es más un acto de cobardía. (Entrevistada 6)

En este relato aparecen dos aspectos, la incomodidad en las instituciones médicas y la cobardía que llevó a la decisión de tener un PDP. Ambas afirmaciones están fundamentadas en una valoración negativa de las instituciones médicas, que no necesariamente se basa en malas experiencias. Específicamente sobre la afirmación que refiere a ser un acto de cobardía más que de valentía, la cual ha sido expuesta por muchas de las entrevistadas, aparece otra vez la idea de la reclusión doméstica como único lugar donde se podrá respetar el derecho y poder sobre sus cuerpos. (Fornes:2009)

En esta categoría se cuele un aspecto que resultó importante para la mayoría de las entrevistadas, que tiene que ver con el acceso a la información y el tomar una decisión informada, buscar, preguntar, investigar, etc. En cuanto a esta afirmación exponen que un PDP no es para todas las mujeres, siendo que cada una debe parir en el lugar que se sienta más cómoda, pero que es importante que esa decisión sea informada.

Lo perfecto es que la persona elija tenerlo donde se va a sentir más segura. Y si la seguridad la siente en un hospital, en su mutualista o donde sea lo tiene que tener ahí, porque lo importante es que esa madre, esa mujer trate de ser fiel a sí misma y de acoplarse al ambiente que mayor seguridad le va a dar. (Entrevistada 5)

Este aspecto, que conforma parte de la decisión de tener un PDP y a su vez genera un conocimiento sobre derechos reproductivos¹⁹, va formando una apropiación subjetiva de un discurso que tiende a esa incomodidad y concepciones negativas sobre las instituciones médicas, siendo que muchas veces no están basadas en experiencias negativas.

El segundo aspecto tiene que ver con las experiencias institucionales negativas, no necesariamente en un parto anterior pero sí en consultas y controles de embarazo, que sumaron a la decisión de tener un PDP. En otros casos, la decisión de tener un PDP ya estaba tomada, pero estas experiencias negativas en controles contribuyeron a reforzarla.

Por otra parte, una de las entrevistadas describe su experiencia de PDP desde una resignificación de su experiencia anterior, que fue institucional debido a una cesárea de urgencia. De todos modos esa experiencia no fue la que generó que su siguiente parto fuera en domicilio, ya que tenía tomada la decisión de tener un PDP para ese embarazo anterior, aunque no se pudo concretar. Este aspecto es propuesto por Fornes (2007), quien expone, al analizar sus entrevistas, que muchas de sus entrevistadas que habían tenido experiencias institucionales negativas, al elegir para sus segundos partos un PDP tiene la sensación de que resignifican con ello su experiencia anterior.

En cuanto al tercer aspecto, tiene su fundamento en una cuestión que exponen algunas entrevistadas en relación a tener en cuenta visiones alternativas, tanto en medicina, consultando por ejemplo a médicos homeopáticos, como en el caso de elegir un PDP, considerándolo como manera alternativa a la hegemónica.

Yo creo que desde muy chica fantaseaba con la idea de tener un parto en agua. Siempre me inclino por formas alternativas, para todo ¿no? Mi concepción de lo que es la salud y la enfermedad y el sistema en el que vivimos por ejemplo, como que siento y percibo muchas veces las enfermedades, tanto físicas como psicológicas, son producto de nuestras vivencias, de nuestras historias. (...) Concibo a una persona con todo su mundo, tanto emocional como físico o espiritual, sé que el sistema muchas veces falla en ese sentido, en atender solamente una parte de la persona y ahí se pierde el todo. (Entrevistada 10)

En resumen, teniendo en cuenta las diferentes posturas por lo cual decidieron tener un PDP, se podría decir que tomaron la decisión desde un rechazo a lo institucional, sea por

¹⁹ Este aspecto, como se menciona en el apartado de Antecedentes y Marco Teórico, es desarrollado en base a lo propuesto por Fornes (2009), quien expone que las mujeres que al momento del parto no tienen información sobre sus derechos enfatizan conformidad y necesidad de intervenciones para sentir confianza. Sin embargo, aquellas que sí acceden a información expresan confianza al parir sin intervenciones.

malas experiencias o no, optando por una manera alternativa de parto. De ahí se entiende a la decisión de tener un PDP como una forma de resistencia.

3.2. PDP como dispositivo alternativo

Los aspectos desarrollados sobre la decisión de las entrevistadas, aun sin haber tenido una mala experiencia institucional, se dan en clave de resistencia, debido a que exponen su desconfianza con las instituciones médicas, optando por llevar a cabo un PDP, como una práctica que alternativa al modo hegemónico, es decir, alternativa a un parto institucional.

Por otra parte, teniendo en cuenta lo expuesto teóricamente sobre las resistencias y retomando lo expuesto en cuanto a la amplitud del concepto de dispositivo de poder, el cual coopta y reduce las resistencias, se utiliza el término de dispositivo alternativo, presentándose como una lucha por la autonomía y la autodeterminación. A su vez, conservan las propiedades de los dispositivos pero, bajo sus propias reglas, alejan las lógicas de dominación ejercidas por algunas instituciones para ejercer sus propias dinámicas, dentro del proceso de autonomía.

En este sentido, se enmarca tanto a la decisión tomada por las entrevistadas, como a la práctica de PDP dentro de un proceso de resistencia. Sin embargo, no dentro de un marco de independencia, sino de autonomía, acudiendo a un saber profesional, con sus determinadas reglas de acción y donde existe una asistencia técnica, siendo diferente a la propuesta institucional, pero de todos modos funcionando como dispositivo. Este aspecto de dispositivo alternativo se puede visibilizar a la hora de pensar en la asistencia que brindan las parteras en el PDP. En este sentido, se puede interpretar que aspectos como el protagonismo y la autonomía están presentes en los discursos de las entrevistadas pero siempre dentro de los márgenes de lo propuesto por las parteras. En este sentido, se considera que se genera un acuerdo entre los aspectos en los que se brinda esa autonomía por parte de las mujeres y las decisiones que se toman desde ese saber técnico y profesional (por ejemplo, en caso de proponer un traslado a la institución médica).

Por otra parte, tomando algunos aspectos mencionados por las entrevistadas, se puede apreciar que ginecólogos/as y médicos/as que asisten en instituciones médicas no estén

a favor de los partos domiciliarios²⁰ así como las parteras, muchas veces, tienen conflictos con las recomendaciones que proponen en los controles los profesionales que asisten en las instituciones médicas. Entonces hay como una visión también de una guerra profesionalismo versus parteras, que viene de la guerra de los médicos y las parteras y lo profesional y no profesional. (Entrevistada 8)

Retomando los aportes de Odent (2002) sobre las alternativas biodinámicas y sus recomendaciones de coordinación entre parteras e institución médica, para llevar a cabo los partos de bajo riesgo en domicilio pero, a su vez, poder contar con apoyo institucional, se debe generar una coordinación entre profesionales, generando un cambio en la manera de concebir al PDP. En este sentido, se debe reconocer como una práctica donde se maneja un bajo riesgo, con posibilidad de traslados y asistencia médica en caso de presentarse algún problema. También haría falta, tanto por parte de las parteras que asisten PDP como desde las instituciones médicas, trabajar de manera coordinada. Incluso, al generar un cambio en cómo se concibe el PDP y, a su vez, proponer un trabajo coordinado entre la asistencia de parteras en el domicilio y la institución médica, se podría manejar la posibilidad de que esta práctica pueda conformar una opción de parto, incluso dentro de la seguridad social. Se retoma, para resaltar este punto, lo expuesto sobre las experiencias internacionales, como es el caso de Holanda que incluye el PDP dentro de la seguridad social, o el caso de España que cuenta con la opción de manera regulada y recomendada pero, de todos modos, se debe costear la práctica, debido a que es un servicio privado.

²⁰ Este aspecto se desarrolla en la investigación de Alvez (2019), quien al indagar a los/as ginecólogos/as sobre las prácticas alternativas, como lo es el parto domiciliario, los/as mismos/as no estaban a favor de la práctica, apoyándose en las recomendaciones de MSP.

Reflexiones finales

Con esta investigación se propuso analizar las experiencias de PDP de las mujeres, con el fin de explorar esta práctica en Uruguay. La misma se considera en un lugar ambiguo: no está recomendada pero tampoco prohibida. En este sentido se piensa como una práctica de resistencia, donde las mujeres que lo deciden lo hacen también desde dicha perspectiva.

Para ahondar en las experiencias de las entrevistadas en relación a su decisión sobre llevar a cabo un PDP, se indagó sobre las concepciones que las mismas expresan respecto a las instituciones médicas y al proceso de parto. En este sentido, se visualiza un discurso donde aparecen aspectos relacionados a la medicalización del parto, generando un rechazo hacia las mismas. Los discursos de las entrevistadas pueden interpretarse a partir de los aspectos conceptuales que se han colocado como focos de interés en este trabajo, como es el principio de separación, que genera que se asista desde una perspectiva biológica, sin tener en cuenta lo psicológico ni lo emocional (separación mente/cuerpo). A su vez, se coloca a la asistencia institucional desde un enfoque de riesgos, donde se genera una protocolización en la asistencia. Este enfoque explica las intervenciones que se realizan con el fin de prevenir pero que se vuelven innecesarias, llevando a una sobreintervención del proceso. Otro aspecto que resaltan las entrevistadas es la falta de acompañamiento en el puerperio que se brinda en las instituciones médicas.

Muchas de las concepciones que las entrevistadas expresan en relación a la asistencia de partos en las instituciones médicas tienen que ver con la lógica y los tiempos institucionales. Pero otras refieren a la asistencia por parte del personal de salud, tanto desde los controles de embarazo como a la hora del parto. En este sentido, resulta interesante replantear el rol que cumplen los profesionales de la salud en cuanto a la asistencia institucional. Estas lógicas, retomando lo propuesto por Castro (2014), podrían ser interpretadas en términos de la constitución del habitus médico a lo largo de la formación en las instituciones educativas (Facultad de Medicina y hospitales de prácticas), que guiará la asistencia de esos futuros/as profesionales. No obstante, hace falta investigación sobre este aspecto en nuestro país.

Por otra parte, los discursos de las entrevistadas en relación a las instituciones médicas no siempre se vinculan a experiencias anteriores o malos tratos institucionales, sino que

se basan en otro tipo de información, como, por ejemplo, experiencias relatadas por otras mujeres y diferentes materiales que fueron adquiriendo y leyendo, lo cual formó un discurso específico que muestra una disconformidad con la asistencia institucional. Se rechaza, entonces, el supuesto de que las mujeres que buscan asistencia alternativa a la institucional para sus partos han sufrido violencia obstétrica en experiencias anteriores.

También se indagó sobre las concepciones de las entrevistadas en relación al parto y nacimiento, siendo relevante a la hora de pensar en la elección de un PDP. Sobre este aspecto aparecen ideas como que el nacimiento es un momento sagrado y la importancia de conectar con el cuerpo y con los procesos biológicos para que todo se desarrolle de mejor manera. Además, muchas de las entrevistadas proponen una resignificación del dolor, debido a que no consideran que sea una disfunción, sino que las contracciones son una situación fisiológica necesaria para el desarrollo del parto. De esta manera, los discursos de las entrevistadas tienen su semejanza con una postura esencialista, donde, junto al rechazo institucional, se traducen en un rechazo a la medicalización y al modelo tecnocrático de asistencia en partos. Estos aspectos, en suma, son los que generan una búsqueda de otras formas en la asistencia en partos. A su vez, estos discursos esencialistas son expuestos como un rechazo a los discursos hegemónicos, así como plantea Montes (2007).

Por otra parte, para indagar sobre la práctica de PDP se plantean dos tipos ideales: un parto medicalizado y un parto desmedicalizado. Esta conceptualización se utilizó para analizar el PDP desde el proceso de desmedicalización, en el sentido de que se aprecia como un rechazo sobre la manera de asistir los partos en las instituciones médicas, apartándose de la medicalización del parto y de la asistencia desde un enfoque tecnocrático, generando una búsqueda por otras formas de parir. Al describir esas dos categorías conceptuales se puede observar que el PDP no se ajusta a ninguna de ellas, sino que se encuentra en un lugar intermedio. El aspecto central de esta afirmación, según las experiencias de las entrevistadas, radica en el acompañamiento de las parteras. De esta manera se puede observar como las entrevistadas apuestan a una asistencia en sus partos, aunque el mismo sea por fuera de las instituciones médicas. A su vez, según lo expuesto por las mismas, generaron un vínculo de confianza con las parteras, sintiéndose cómodas y confiando en su conocimiento y criterios técnicos. En este sentido, hay un conocimiento médico que no es cuestionado.

Otro de los aspectos que llevan a concluir que el PDP se encuentra en un lugar intermedio a estos tipos ideales tiene que ver con la noción de riesgo. En este sentido, según el análisis de las entrevistas, en un PDP se tiene en cuenta el riesgo para poder asistir o no ese parto en el hogar, donde constantemente, en los discursos de las entrevistadas, se trae esta idea de que solo se asistirán aquellos partos donde el riesgo sea bajo. En el caso de que el riesgo comience a salirse de esos parámetros, se trasladará a una institución médica. De esta manera, el riesgo sirve como indicador para posibles traslados. La diferencia, en este sentido, es que en una institución médica se asiste desde un enfoque de riesgo, donde el riesgo siempre está presente y se realizan intervenciones con el fin de prevención, muchas veces siendo contraproducentes.

En síntesis, las concepciones sobre el parto y el nacimiento de las entrevistadas generó que las mismas decidieron tener un PDP, por el ambiente, la tranquilidad y la familiaridad del hogar. Sin embargo, otros aspectos que tienen que ver con la asistencia también son relevantes. A su vez, teniendo en cuenta la posición del PDP con respecto a los dos tipos ideales propuestos sale a la luz de esa comparación que la asistencia es un factor importante para las entrevistadas, pero buscan profesionales que asistan desde otra perspectiva que no sea la propuesta por las instituciones médicas. Es decir que, el PDP no tiene una propuesta desmedicalizada completamente, sino que se valora el acompañamiento y asistencia en el proceso de parto, pero, según lo descrito por las entrevistadas, con una perspectiva de asistencia diferente a la institucional.

Por otra parte, según el análisis de las entrevistas y a partir de los antecedentes de investigación sobre la práctica de PDP, aparece el hogar como un lugar más propicio para la autonomía y el protagonismo. Sin embargo, se considera que la misma se da dentro de los límites propuestos por las parteras, quienes acompañan desde un rol técnico. En este sentido, esa autonomía se va a permitir dentro de unos parámetros, siendo que algunos límites son planteados desde esa asistencia (por ejemplo, en el caso de un traslado). Teniendo en cuenta lo expuesto por las entrevistadas en relación a la asistencia de las parteras, en la misma se podrían identificar algunos elementos que se corresponden con aquellos que configuran el modelo humanista de asistencia. De esta manera no se encuentra como una oposición a la práctica médica, sino como un intento de humanizarla.

Al buscar una asistencia por fuera de las instituciones médicas, y recurriendo a buscar otro tipo de asistencia diferente a la hegemónica (parto institucional), se considera a la decisión de tener un PDP como una práctica de resistencia. Para eso se toma el concepto de dispositivo alternativo, siendo, como plantea Foucault, un dispositivo de poder, pero con características que tienen que ver con la lucha por la autonomía y la autodeterminación. De esta manera alejan las lógicas de dominación ejercidas por las instituciones médicas para ejercer sus propias dinámicas, teniendo sus reglas, valores y formas de asistencia.

Finalmente, teniendo en cuenta lo propuesto por Odent (2002), sobre las recomendaciones biodinámicas de coordinación entre parteras e institución médica se podría lograr dentro del reconocimiento del PDP, como una práctica segura de asistencia donde hay control por parte de las parteras que lo asisten, el proponer una coordinación con las instituciones y equipos médicos, donde se aprovecharán las ventajas de cada dispositivo. A su vez, como sucede en otros países, se podría incluir dentro de los servicios de seguridad social como opción de asistencia en partos. Sin embargo, para que esto suceda se tiene que generar una resignificación sobre lo que refiere a un parto sano y seguro, tanto socialmente como desde la institución médica, poniendo foco en la asistencia, y considerando, como propone Illich (1975) que la medicalización muchas veces genera más daños que soluciones.

En este sentido, tomar como posibilidad que el PDP sea una de las opciones proporcionada a las mujeres a la hora de optar por una forma de asistencia en sus partos puede sumar a que la decisión se dé dentro de un abanico más amplio de opciones, donde se pueda facilitar, de manera más efectiva, el derecho a decidir dónde, cómo y con quién parir, siendo que no solo es una práctica no recomendada por parte de las autoridades sino que la manera de acceder es por medio de un servicio privado. En suma, el PDP, teniendo en cuenta las experiencias de las entrevistadas, aparece como una alternativa y resistencia a la medicalización y la sobreintervención sobre el cuerpo de las mujeres.

Finalmente, con esta investigación exploratoria se pretendió, por medio de las experiencias de las entrevistadas, indagar en algunos aspectos que forman parte de la revisión de antecedentes, como es que el PDP puede generar mayor protagonismo, autonomía e intimidad de las mujeres en el proceso de parto (Frank y Peloso: 2013), o

que los PDP son fenómenos fisiológicos sin complicaciones, con los mismos riesgos que en un hospital (Crizóstomo, Nery y Barro Luz: 2007). Por otro lado, se tiene en cuenta lo propuesto por Fornes (2009), en relación a que, según la autora, las mujeres que tenían conocimiento legal y en relación a Derechos Sexuales y Reproductivos enfatizan el poder de parir sin intervenciones, inclinándose por otros caminos para sus partos que no sea la asistencia institucional. Estos aspectos van en la misma línea de lo recabado en las entrevistas, teniendo en cuenta, a su vez, que este tipo de concepciones sobre el parto y sobre las instituciones médicas son las que llevaron a la decisión de tener un PDP.

Por otra parte, al ubicar al PDP como un proceso que se encuentra en un lugar intermedio a la medicalización y desmedicalización, se busca aportar a un cambio en la concepción que se tiene sobre esta práctica, teniendo en cuenta que no hay un alto riesgo en este tipo de asistencia (ya que es un aspecto que se controla y se tienen en cuenta). A su vez existe una asistencia profesional, que se encarga del conocimiento técnico, pudiéndose considerar una práctica segura. Resulta interesante seguir explorando sobre esta posibilidad, en cuanto a la promoción del PDP como una opción de asistencia recomendada, donde esta práctica pueda ser absorbida por un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y, sobre todo, en la posibilidad de una coordinación entre las instituciones médicas y la asistencia en PDP, donde se puedan aprovechar las ventajas de los dos dispositivos. Este último aspecto resulta relevante debido a que se considera que las experiencias domiciliarias aportan a las institucionales, ya que en las mismas se asisten y acompañan los partos, teniendo en cuenta lo recabado con esta investigación, desde una perspectiva diferente a la institucional, la cual, aporta a una humanización del parto.

Bibliografía

- ALONSO, J.E. (1998) *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*, España; Editorial Fundamentos
- ALVEZ, P. (2019) *La medicalización del proceso de nacimiento y el cuerpo gestante: un análisis de las representaciones y discursos de los profesionales de la salud*; Tesis de grado, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR
- ARNAU S. (2012) *Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia*, España; Revista de Antropología Iberoamericana, N° 2, Vol. 7
- BADINTER, E. (1981) *¿Existe el amor maternal?*; Paidós - Pomaire, Colección Padres e Hijos, Barcelona
- BORDES, M. (2015) *El debate medicalización-desmedicalización en el campo de estudios de las medicinas alternativas y complementarias* I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- BOURDIEU, P. (2000) *La dominación masculina*, Editorial Anagrama, Barcelona
- CASTRO, R. (2014) *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*, Rev. Mex. Sociol vol.76 no.2 Ciudad de México abr./jun. 2014
- CRIZÓSTOMO, C., NERY, I. Y BARROS LUZ, M. (2007) *A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar*. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VQbwFwMvT4CLcB3NnLg3c6c/?lang=pt&format=pdf>
- RODRIGÁÑEZ, C. (2010) *Pariremos con placer: apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*; Madreselva, Buenos Aires
- DAVID-FLOYD, R. (2004) *Del Médico al Sanador*, Fund. Creavida, Buenos Aires
- DAVID-FLOYD, R. (2009) *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento*, Fund. Creavida, Buenos Aires
- DÍAZ, A. (2019) *Ecofeminismo: poniendo el cuidado en el centro*, Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n4/1988-348X-ene-13-4-e1345.pdf>
- DE BEAUVOIR, S. (2018) *El segundo sexo* - 16° ed, Editorial: Debolsillo, Buenos Aires
- DE SOUZA, M.C. (2003) *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*; Argentina, Lugar Editorial
- ERVITI, J. (2010) *Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos* en libro *“Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina”* Editores: Roberto Castro y Alejandra López Gómez, Montevideo, Universidad de la República, Facultad de la Psicología.
- FEDERICI, S. (2011) *El Calibán y La Bruja: mujeres, cuerpos y acumulación originaria*; Tinta Limón Ediciones, Buenos Aires

- FERNANDEZ, O. (2010) *Cuerpo, espacio y libertad en el Ecofeminismo*, Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences, vol. 27, núm. 3, Euro-Mediterranean University Institute Roma, Italia
- FORNES, V. (2009) *Cuerpos, cicatrices y poder: una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto*, Argentina, Córdoba; Acta 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedades, Universidad de Córdoba
- FOUCAULT, M. (1977) *La historia de la medicalización*. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>
- FOUCAULT, M. (1984) *La historia de la Sexualidad: la inquietud de sí*, Argentina; Siglo XXI Editores, 2014
- FOUCAULT, M. (1989) *Defender la Sociedad. Clase del 17 de marzo de 1979*. Disponible en: <https://adultosmayores.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2020/11/FOUCAULT-Michel-Clase-del-17-de-marzo-de-1976-en-Defender-la-Sociedad-2.pdf>
- FRANK, T.C. Y PELLOSO S. M. (2013) *A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado*, Rev Gaúcha Enferm.;34(1):22-29. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/KYkMxpSVhTTGzggmV5ZZ3KM/?lang=pt&format=pdf>
- GARAZI, D. (2016) *Experiencia, lenguaje e identidad: Algunas notas sobre el concepto de experiencia en la obra de Joan W. Scott*, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
- GIRALDO O. Y TORO I. (2020) *Afectividad ambiental: sensibilidad, empatía, estéticas del habitar*; Chetumal, Quintana Roo, México: El Colegio de la Frontera Sur : Universidad Veracruzana
- ILLICH, I. (1975) *Némesis Médica: la expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona
- IMAZ, E. (2010) *Convertirse en madre: etnografía del tiempo de gestación*”, Valencia, Editorial Cátedra
- LAGARDE M. (2015) *Los Cautiverios de Las Mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México D.F.; Siglo XXI Editores
- LUPTON, D. (2012) *La medicina como cultura: la enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*, Colombia; Editorial Universidad de Antioquia
- MAGNONE N. (2010) *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*, Montevideo; Tesis de la Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR
- MAGNONE N. (2011) “Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica” X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo
- MONTES, M.J. (2007) “*Las culturas del nacimiento: representaciones de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*”, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona
- ODENT, M. (2002) *El Granjero y el Obstetra*, Editorial Creavida, Buenos Aires

PUIGGROS, A. Y GAGLIANO R. (2004) *La Fábrica del conocimiento: los saberes socialmente productivos en América Latina*; Ediciones Homo Sapiens

SANÍN EASTMAN, J.A. Y ZAPATA CALLEJAS, J.S. (2014). *Biopolítica, seguridad y dispositivos alternativos de resistencia*, Revista de Estudiantes de Ciencia Política, III, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad de Antioquia

SCOTT, J. (1992) “*La experiencia*”; Revista La Ventana (2001), nº 13

WEBER, M. (1958) “*Ensayos sobre metodología sociológica*”, Amorrortu Ediciones, Buenos Aires

ZOLA, I.K. (1999) *La Medicina como Institución de Control Social*, De la Cuesta, C. (Comp). Salud y enfermedad: Lecturas básicas en Sociología de la Medicina. Antioquia, Universidad de Antioquia.

Fuentes documentales

- MSP (2014) *Guía de Salud Sexual y Reproductiva: manual para la atención a la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio*. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
- Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las Mujeres (2020) *Segunda Encuesta nacional de violencia basada en género y generaciones*.
- Ley N° 18426, Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Ley N° 19580, Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Ley N° 17386, Ley de Acompañamiento a la mujer en el preparto, parto y puerperio. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>

Anexos

ANEXO 1 - Nacimientos según tipo de parto y tipo de establecimiento de ocurrencia.
Uruguay 2010-2020 (Datos elaborados por Ministerio de Salud Pública)

2010				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	13.590	4.876	0	18.466
Privado	13.430	11.917	0	25.347
Sanidad Policial	228	239	0	467
Hospital Militar	546	349	0	895
BPS	1.285	684	0	1.969
Domicilio o vía pública	206	0	0	206
No indicado	56	14	0	70
Total	29.341	18.079	0	47.420

2011				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	12.905	5.166	14	18.085
Privado	13.141	12.289	0	25.430
Sanidad Policial	225	212	0	437
Hospital Militar	473	324	0	797
BPS	959	732	0	1.691
Domicilio o vía pública	191	0	0	191
No indicado	71	6	4	81
Total	27.965	18.729	18	46.712

2012				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	13.153	5.237	0	18.390
Privado	13.772	12.842	0	26.614
Sanidad Policial	266	196	0	462
Hospital Militar	384	360	0	744
BPS	871	670	0	1.541
Domicilio o vía pública	163	0	0	163
No indicado	136	9	0	145
Total	28.745	19.314	0	48.059

2013				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	12.695	5.638	2	18.335
Privado	14.754	13.499	0	28.253
Sanidad Policial	253	227	0	480
Hospital Militar	385	334	0	719
BPS	356	312	0	668
Domicilio o vía pública	162	0	0	162
No indicado	57	1	6	64
Total	28.662	20.011	8	48.681

2014				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	12.186	5.732	4	17.922
Privado	13.782	14.973	0	28.755

Sanidad Policial	265	231	0	496
Hospital Militar	323	332	0	655
BPS	146	117	0	263
Domicilio o vía pública	151	0	0	151
No indicado	117	6	3	126
Total	26.970	21.391	7	48.368

2015				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	12.493	5.699	0	18.192
Privado	14.528	14.697	0	29.225
Sanidad Policial	230	238	0	468
Hospital Militar	306	354	0	660
BPS	114	83	0	197
Domicilio o vía pública	156	0	0	156
No indicado	26	1	1	28
Total	27.853	21.072	1	48.926

2016				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	12.185	5.291	0	17.476
Privado	14.259	14.016	0	28.275
Sanidad Policial	209	234	0	443
Hospital Militar	338	271	0	609
BPS	35	30	0	65
Domicilio o vía pública	184	0	0	184
No indicado	5	1	0	6
Total	27.215	19.843	0	47.058

2017				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	10.553	5.089	0	15.642
Privado	12.879	13.340	0	26.219
Sanidad Policial	198	218	0	416
Hospital Militar	305	287	0	592
BPS	0	0	0	0
Domicilio o vía pública	165	0	0	165
No indicado	2	0	0	2
Total	24.102	18.934	0	43.036

2018				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	10.070	4.931	0	15.001
Privado	11.795	12.218	0	24.013
Sanidad Policial	180	215	0	395
Hospital Militar	284	254	0	538
BPS	0	0	0	0
Domicilio o vía pública	174	0	0	174
No indicado	18	0	0	18
Total	22.521	17.618	0	40.139

2019				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	9.497	4.732	0	14.229
Privado	10.606	11.628	0	22.234

Sanidad Policial	162	222	0	384
Hospital Militar	257	190	0	447
BPS	0	0	0	0
Domicilio o vía pública	166	0	0	166
No indicado	12	0	0	12
Total	20.700	16.772	0	37.472

2020				
Tipo de establecimiento de asistencia	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesárea	No indicado	Total
Público	9.270	5.120	0	14.390
Privado	9.689	10.962	0	20.651
Sanidad Policial	133	135	0	268
Hospital Militar	216	185	0	401
BPS	0	0	0	0
Domicilio o vía pública	164	0	0	164
No indicado	0	0	0	0
Total	19.472	16.402	0	35.874

ANEXO 2 - Pauta entrevistas y notas de campo

Decisión sobre realizar un PDP:

- 1.1) ¿Cómo surgió la idea de tener un PDP?
- 1.2) ¿Habías escuchado de la posibilidad de tener un PDP antes?
- 1.3) ¿Conocías alguna experiencia cercana de PDP? ¿Influyó en la decisión?
- 1.4) ¿Has controlado el embarazo en la institución médica? ¿Cómo fue esa asistencia? ¿Influyó en la decisión de tener un PDP?

Experiencia de PDP:

- 2.1) ¿Qué aspectos te resultaron más importantes sobre tener un PDP?
- 2.2) ¿Cómo sentiste fue tu participación tanto en las decisiones del momento como en la planificación?
- 2.3) ¿Qué concepciones sobre el cuerpo y el nacimiento consideras que estuvieron en juego en el PDP? ¿Cuáles se transmiten desde la asistencia de las parteras?

Participantes en el PDP:

- 3.1) ¿Quiénes estaban en el momento del parto? ¿Qué papel cumplió cada persona?
- 3.2) En cuanto al acompañamiento de la/s partera/s: ¿Fue una presencia relevante para ti en ese momento? ¿Cómo fueron sus intervenciones? ¿Siguió en contacto brindando acompañamiento en el puerperio?
- 3.3) En cuanto al rol del padre (si es que se encontraba presente): ¿Tuvo un rol activo tanto en el momento como en la planificación?

Posibilidad de acceso:

- 4.1) ¿Te pidieron algún requisito para realizar el parto?
- 4.2) ¿Tuviste algún impedimento al momento de decidirse por tener un su bebé en el hogar?
- 4.3) Debido a que la seguridad social no incluye partos fuera de las instituciones ¿tuviste que hacer alguna actividad para autofinanciar el parto? ¿Tuviste algún impedimento para costearlo?
- 4.4) ¿Consideras que cualquier mujer que lo desee puede tener un PDP?

Notas de campo:

Notas entrevistada 1:

Estaba su bebé así que seguramente se escuche de fondo en la grabación, además de que estaba jugando con algo que hacía mucho ruido. En un momento tocaron la puerta así que paré la grabación y era una vecina que justo venía a buscar una cosa para su parto, que iba a ser también en su casa. Me contó que la conoció en el ascensor y como iba a tener un parto en casa y ella ya había tenido uno se hicieron como amigas. Ella habla inglés, es de EEUU y ahora está viviendo en Uruguay con su pareja que creo que es Chino (tampoco habla mucho Español). Mientras esperaba a que la entrevistada le trajera las cosas me puse a conversar con ella, le conté sobre lo que estaba haciendo ahí y sobre mi investigación. Fue allí que nos pusimos a conversar y me comentó que parir en una institución se le presentaba difícil porque no hablaba el idioma del país y no se iba a poder comunicar en ese momento. Así que conoció a la partera, creo que era de Nacer Mejor, que habla inglés y que la iba a poder asistir en su idioma. Barrio: Centro

Notas entrevistada 2:

La entrevista fue en su casa, vive en una comunidad en Neptunia, donde tuvo su parto. Me contó que en el primer parto (tuvo un hijo y a los años tuvo una hija) recién estaban construyendo su casa y les daba cosa que las parteras les dijeran que su hogar no estaba en condiciones para asistir un parto. Al final cuando llegaron les dijeron que no había problema. También al ser en Neptunia y en casa de traslado tener que ir a Montevideo les daba cosa que las parteras dijeran que no, pero todo lo contrario. También me contó que luego de su primer parto unos vecinos de ella tuvieron el nacimiento de su hijo en casa pero sin asistencia de parteras ni doulas, y que en un momento la fueron a buscar para que les ayudara con el desplazamiento de la placenta. Ella les dijo que mejor consultaran con una partera y al rato vino una vecina que sí lo era y les ayudó.

Notas entrevistada 3:

La entrevista fue en su casa. Nos instalamos en la cocina, en una mesa. Ella no paraba de ofrecerme cosas para comer y tomar, también estaba su perra que por momentos andaba saltando en la mesa. Me dio una descripción sobre su experiencia bastante

precisa y con muchos detalles. También le dedicó bastante tiempo. La entrevista duró como dos horas. Barrio: Palermo

Notas entrevistada 4:

Fue muy gracioso porque vivía al lado de mi casa. Fui a visitarla un domingo. Conocí a su hijo cuando llegué, jugamos un rato, y a su pareja. Luego ellos dos se quedaron en un cuarto y más tarde salieron así que la entrevista fue tranquila, solo se interrumpió en el momento en el que ellos salieron. Su hijo tiene 1 año y algo. Barrio. Cordón

Notas entrevistada 5:

Su hijo tenía 3 años. La entrevista fue tranquila ya que estábamos nosotras solas en su living. Ella tuvo a su hijo sin asistencia en el momento de expulsión porque las parteras llegaron tarde. Junto con su compa asistieron todo el parto y luego esperaron a las parteras para cortar el cordón (como 40 minutos). Barrio: Pocitos

Notas entrevistada 6:

Estaban sus dos hijos y su pareja. Su hijo más grande estaba enfermo y molesto así que lo tuvo que cuidar y luego lo pudo dormir así que la entrevista por momentos está cortada. Al principio jugaba con la beba pero luego se la llevó su pareja y ella se quedó con el más grandecito. De todos modos a ella no le causaba tanta distracción y siguió bien el hilo de la conversación. Yo me distraía más cuando lo estaba durmiendo, ya que tenía que saltar en una pelota de pilates, pero igual salió todo bien. Barrio: Centro

Notas entrevistada 7:

La entrevista fue en su casa. Se dio de manera tranquila ya que estábamos solas y no hubo distracciones. Fue la única entrevistada que me resaltó que le parecía una práctica elitista, que entendía que era un trabajo pero a la vez por los costos de eso en Uruguay solo podía acceder la elite. Luego cuando terminó la entrevista y apagué la grabadora me empezó a contar, diciéndome que no quería decírmelo antes ya que estaba grabando, que tuvo que trabajar muchísimo, pila de horas, casi todo el día, embarazada de 9 meses, es decir que casi por tener a su hija, vendiendo repasadores y caminando todo el día. También me comentó que habló con una partera que le cayó bien de Nacer Mejor y luego de la entrevista me dijo que capaz que podía entrevistarla para hablar con ella que

también tuvo a sus hijos en su casa y resulta que era Mariana, una de mis primeras entrevistadas. Barrio: Colón

Notas entrevistada 8:

Fui a su casa pero se me complicó con el ómnibus porque me bajé mal así que llegué bastante tarde. Eso hizo que tuviéramos menos tiempo de lo previsto. La entrevista en sí estuvo bien, fue al aire libre, en un lugar de pasto de la cooperativa donde viven. Estaba su hijo Lucas que tiene 6 años que por momentos venía a hablar y se interrumpía la entrevista. Él fue el último hijo junto con una niña (mellizos), los cuales nacieron en su casa. Antes habían tenido a su hija más grande que también nació en domicilio. Casi finalizando la entrevista se tuvo que ir corriendo porque se olvidó que su hijo estaba entrando media hora antes a la escuela. Me consultó si quería esperarla y ella regresaba pero como ya estábamos al final de la entrevista le dije que no había problema y se fueron. Barrio: Villa Española

[Me di cuenta que algunos discursos son muy similares en las entrevistadas hasta ahora]

Notas entrevistada 9:

Fue una entrevista tranquila, estaba su hija en la casa pero se fue a jugar sola a su cuarto y no interrumpió en ningún momento. Fue bastante corta (en comparación con las demás) ya que fue precisa en las respuestas. Barrio: Punta Gorda

Notas entrevistada 10:

La entrevista fue en el centro cultural donde ella trabaja. Su hijo, que tiene un año y medio, estuvo presente. En ese momento estaba cansado porque no había dormido siesta así que al principio estaba molesto y hubo interrupciones en la entrevista pero luego se durmió. Así que por momentos nos distrajimos porque jugábamos con él o ella lo calmaba pero se logró seguir el hilo de la conversación. Barrio Sur

Notas entrevistada 11:

Ella está trabajando en Nacer Mejor, a veces junto con el equipo. Tuvo 2 hijos, el primero por cesárea y el segundo en su casa. Le consulté sobre la diferencia entre la atención en hospital y en su parto en casa pero tampoco tenía tanto punto de

comparación porque fue cesárea. Igual encontró puntos de diferencia entre el puerperio en el hospital y en su casa. Tiene formación en derechos reproductivos de las mujeres y otros aspectos relacionados con el embarazo. La entrevista fue tranquila ya que estábamos solas y duró bastante. Barrio: Malvín

[Desgrabando me di cuenta que la entrevistada 3 y la 8 (que a su vez es partera), además de tener discursos similares sobre el parto en sí también tienen anécdotas similares. Recordando comentarios y asociando nombres creo que también es su partera.]

ANEXO 3 - Características de las entrevistadas

Entrevistada 1	34 años	Actriz y docente de teatro
Entrevistada 2	31 años	Educadora Social
Entrevistada 3	42 años	Comunicadora
Entrevistada 4	29 años	Licenciada en Comunicación y Educadora Sexual
Entrevistada 5	29 años	Psicoterapeuta Gestáltica
Entrevistada 6	34 años	Estudiante de audiovisual y se dedica al marketing
Entrevistada 7	28 años	Trabajadora independiente
Entrevistada 8	43 años	Estudiante de Bellas Artes y de la Escuela de Parteras
Entrevistada 9	38 años	Licenciada en Enfermería y Profesora de Yoga
Entrevistada 10	34 años	Estudió Cine y otras formaciones relacionadas con la música y la danza
Entrevistada 11	32 años	Psicóloga, Psicoterapeuta Gestáltica, Instructora de yoga y Asesora en lactancia