



Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología

Pre-proyecto de tesis

PARTO DOMICILIARIO PLANIFICADO

La experiencia de las mujeres que requirieron
traslado a instituciones sanitarias

Estudiante: Mariangel Ferra, C.I: 4.331.291-1

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farias
Instituto de Psicología de la Salud

Julio, 2016
Montevideo, Uruguay

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar éste recorrido, son muchas las emociones que se hacen presente, pero una simple palabra resuena a lo grande: ¡GRACIAS!

GRACIAS a mis padres, Miguel y Beatriz, por acompañarme en éste camino, el cual no ha sido fácil por momentos, pero su sostén, amor e incondicionalidad hicieron que siga adelante.

GRACIAS a mis hermanos, Eduardo y Camila, por demostrarme su apoyo siempre.

GRACIAS a mis abuelos, Miguel y Olga, por siempre creer en mí y quererme como sólo los abuelos saben hacerlo.

GRACIAS a mis amigas de toda la vida, Flopy y Flor, por estar siempre conmigo, en los momentos más lindos, pero también en los otros ¡Grandes hermanas de la vida!

a Gaby, ser de luz, por mostrarme lo hermoso que es el camino junto a ella y su familia. Me faltan palabras para agradecer su amor incondicional hacia mí.

a Manu, compañera de facultad y alegrías. Ni el tiempo ni la distancia, podrán opacar todos los momentos vividos.

a Eli, hermosa nueva amiga, compañera de infinitas horas de trabajo juntas. Gracias por tu alegría y escucha desde el primer momento.

GRACIAS a Gonchi, por hacerme crecer como persona, y hacer que no me desvíe del objetivo nunca.

Y un GRACIAS muy especial a Caro, por la paciencia, dedicación y respeto con la cual llevó adelante ésta tutoría, demostrándome que cuando uno ama lo que hace, todo es posible.

¡MUCHAS GRACIAS!

RESUMEN-SUMMARY

El presente pre-proyecto de investigación se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, de la Universidad de la República.

Tiene por objetivo analizar y comprender los motivos que llevan a aproximadamente el 2% de las mujeres uruguayas, a culminar su embarazo en un parto domiciliario planificado (en adelante PDP), especialmente aquellas que requirieron traslado a una institución sanitaria para culminar el nacimiento.

Para intentar aproximarnos al objetivo propuesto, se comienza con una definición de lo que es un PDP, y se esboza la importancia de estudiar este fenómeno para la psicología y la sociedad. Se realizó una revisión bibliográfica en relación al tema planteado, con una antigüedad no menor a 5 años, y pertenecientes a diferentes países, y por tanto, diferentes culturas. Al tiempo que se trabajan conceptos de varios autores, los cuales profundizan en la temática planteada. Entre ellos, se puede destacar a Castro & López (2010); Ehrenreich & English (1981); Hutter Epstein (2010); Rodríguez Bustos (2007); Shallman (2007), entre otros.

La metodología propuesta es de carácter cualitativa con un diseño exploratorio. Se estima la realización de 20 entrevistas en profundidad, con característica semi-estructurada, a mujeres de entre 18 y 40 años, que residan en el área Metropolitana, que planificaron un PDP pero requirieron traslado a una institución sanitaria para dar a luz. La cantidad de entrevistas estará sujeta al criterio de saturación muestral.

Palabras clave: derechos reproductivos - parto domiciliario planificado - traslado.

ÍNDICE

FUNDAMENTACIÓN y ANTECEDENTES.....	5
REFERENTES TEÓRICOS.....	11
Desarrollo Histórico del parto.....	11
Sistemas de Salud en el mundo y el PDP.....	13
PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	16
OBJETIVOS.....	16
ESTRATEGIA O DISEÑO METODOLÓGICO.....	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN.....	19
RESULTADOS ESPERADOS.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20

FUNDAMENTACIÓN y ANTECEDENTES

“El nacimiento es un acto sagrado, una representación en la tierra de la creación de la vida. Dar a luz es un acto sublime de amor, lleno de afecto y entrega. Toda madre, todo bebé, tiene derecho a vivirlo en toda su intensidad, con toda su carga emocional. Respetando el nacimiento, respetamos al ser humano, respetamos la vida y sembramos semillas para un mundo mejor”. (Blay, 2006-2007)

El Parto domiciliario Planificado (PDP) es el resultado de un proceso mediante el cual, una familia y/o la propia mujer embarazada, planifica su alumbramiento, para que el mismo se desarrolle en el seno de su hogar. Esto tiene como propósito, entre otras cosas, respetar los procesos naturales, tanto de la mujer como del niño, intentando evitar una experiencia que se encuentre centrada exclusivamente en el uso de la tecnología (Rodríguez Bustos, 2007; Magnone, 2006; Hutter Epstein, 2010; Ehrenreich, 1981).

La importancia social de estudiar éste fenómeno, radica en el auge que se ha presentado en los últimos tiempos en relación al PDP; el cual se encuentra estrechamente relacionado con la importancia que el tema planteado posee en la Psicología como disciplina y práctica profesional, convocándola a realizar aportes específicos tanto en materia de investigación como en la intervención técnica-profesional, tomando como eje fundamental el empoderamiento de las mujeres en vista de sus derechos sexuales y reproductivos, y sus responsabilidades como sujetas de derecho.

Antiguamente, nuestra sociedad ha ido construyendo la identidad de la mujer a través de los diferentes procesos de embarazo, nacimiento y puerperio; entendiéndola como un ser unidimensional, capaz de ser solamente madre-esposa, responsable del cuidado y salud de su familia, y de las tareas en el ámbito doméstico (Saletti, 2008). Este sometimiento a la figura masculina y de autoridad le ha hecho posicionarse en un lugar de inferioridad e invisibilidad, el cual se encuentra en proceso de cambio en nuestros días, en donde el desarrollo de la mujer como sujeta de derecho, la autonomía alcanzada y el vínculo materno-familiar, cumple un rol fundamental en dicho cambio (Castro & López, 2010).

Es por esto, que se considera importante para la Psicología estudiar éste fenómeno, en pos de conocer desde la subjetividad de las propias mujeres, cuál es el significado que le otorgan al trabajo de parto y parto. Interesa también a ésta disciplina, generar conocimientos sobre el sentido que le dan a las prácticas y a los procedimientos que les fueron efectuados,

así como a la naturalización que le adjudican a los mismos, tanto la institución como las parteras.

Entendiendo que en nuestro país el 98% de los partos vaginales se dan en instituciones (según datos aportados por el Sistema de Información Perinatal¹), es que surge la interrogante de si las mujeres optan por esa opción (PDP) por desconocimiento a otras opciones, porque la consideran más segura, o por temor a ser víctimas del trato deshumanizado por parte de la institución. Es por eso, que el presente estudio se centra en conocer los motivos que llevan a aproximadamente el 2% de las mujeres embarazadas de nuestro país optar por parir en sus casas, teniendo todas las posibilidades de hacerlo en forma institucionalizada, tal como recomienda el MSP (MSP, 2014), y el efecto que un posible traslado puede ocasionar.

Para ello, es importante conocer las leyes que se encuentran vigentes en nuestro país en relación a la temática, así como también los derechos sexuales y reproductivos, y la situación presente en Uruguay en relación al PDP con posterior traslado a la institución; entendiendo que dichos factores, condicionan la (posibilidad de) elección de las mujeres y sus familias.

Según la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, realizada en El Cairo (1994):

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (...)

Nuestro país cuenta con la Ley 18.426 “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva” (2008), en donde se establece que el Estado es el responsable de garantizar las condiciones necesarias para que la población pueda ejercer en forma plena sus derechos sexuales y reproductivos, promoviendo políticas nacionales, diseñando programas y organizando los servicios para que dichos programas puedan ser llevados a cabo.

¹ “Nacimientos según tipo de parto y grupo de edad materna. Uruguay. 1996-2014”. Datos proporcionados por el Sistema de Información Perinatal (SIP), Unidad de Información Nacional en Salud. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública.

De esta forma, el derecho a vivir plenamente su sexualidad, y la posibilidad de elegir cuándo tener hijos y cómo tenerlos, se encuentra reconocido en la legislación vigente. Más sin embargo, su pleno goce y ejercicio dentro de las instituciones de salud, no se encuentra asegurado (Magnone, 2010).

Esto se puede observar en la Ley 17.386 de Acompañamiento durante el parto, la cual

establece que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá el derecho de estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional (MSP, 2006)

En dicha situación, el 56% de las mujeres que tuvieron un parto institucionalizado luego del 2001, no estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto y parto (MYSU, 2009) porque la institución no les ofreció esa posibilidad y/o ellas la desconocían.

El hecho de que las mujeres conozcan sus derechos y responsabilidades, y los pongan en práctica, permite un mejor acercamiento al proceso de embarazo, nacimiento y puerperio, transitando dichos procesos con autonomía, pudiendo decidir sobre lo que considera es mejor para ella y su bebé (Magnone, 2006; Castro & López, 2010).

En Brasil, Sanfelice & Shimo (2014), plantean en un artículo teórico-reflexivo, el descontento presente en un grupo de mujeres con el actual modelo de atención al parto y nacimiento, debido a la violencia institucional, la fragmentación y la despersonalización de la atención hospitalaria. Factores estos que las llevaron a optar posteriormente por el parto domiciliario. Sin embargo, en el siguiente artículo presentado por las mismas autoras (2015), en donde se realizaron entrevistas a 14 mujeres que atravesaron al menos una vez en su vida por el parto domiciliario, se desprende que la elección de atravesar por un PDP, se debe a poder tomar el control de su cuerpo, su parto y su vida.

Empero, estudios realizados en Nepal por Saraswoti et al. (2012), establecen que las mujeres optan por un PDP debido al miedo y la vergüenza que les provoca recibir atención médica en un centro de salud público.

Muchas mujeres tienen la percepción de que el parto es un rito natural, el cual debe desarrollarse en el seno del hogar, sin medicalización extrema, para de esta forma lograr un

óptimo alumbramiento (Martins, Almeida & Mattos, 2012; Pimenta, Azevedo, Andrade, Oliveira & Mourão, 2013; Laza, 2015)

En Río de Janeiro, Brasil, Da Silva, Damazio, Lenho, Rubia & Santana (2013), realizaron un estudio cuantitativo a 458 mujeres embarazadas, en el período comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2009, con el objetivo de conocer los resultados neonatales y maternos en la Casa de Parto David Capristano Filho. En dichos resultados se desprende, entre otras cosas, que el 94,1% de las parturientas contó con la presencia de un acompañante en el proceso de trabajo de parto y parto. A su vez, el 93,2% realizó ejercicios respiratorios, el 75,2% tomó baños de inmersión, el 85,1% caminó y el 65,1% solicitó masajes corporales para lograr la relajación necesaria en el proceso de trabajo de parto. En cuanto a la posición materna para parir, el 39,3% de las mujeres eligió la posición lateral, el 34,5% la posición vertical, y el 4,1% eligió la posición horizontal.

Aquí se puede observar cómo comienzan a hacerse visibles los derechos de las mujeres y las posibilidades de elección al transitar por los procesos de embarazo, parto y puerperio. El poder elegir cómo transitar por dichos procesos, repercute de forma favorable en la mujer, teniendo como resultado mayor confianza en sí misma y alto grado de autonomía en cuanto a la situación que está atravesando. Cuando las mujeres no tienen ésta posibilidad, comienzan los desencuentros entre lo que se desea, lo que se siente que tiene que hacer y lo que debe hacer (Magnone, 2006; Saletti, 2008).

Es importante tener en cuenta que no todos los PDP terminan exitosamente en domicilio; muchos de ellos requieren el traslado a una institución sanitaria, aunque los motivos de dicho traslado muchas veces no responden a patologías complejas, sino meramente preventivas.

En Brasil, Bruggemann, Dufloth & Koettker (2013), realizaron un estudio exploratorio descriptivo, con el fin de describir la tasa y las causas de los traslados hospitalarios intraparto a aquellas mujeres que fueron atendidas en su domicilio por enfermeras obstétricas. La muestra se compuso por 11 mujeres y sus recién nacidos, en el período comprendido entre enero de 2005 a diciembre de 2009. Del estudio se desprende que, el 11% de las mujeres (mayormente nulíparas) fueron trasladadas a un hospital durante el primer período clínico, para finalizar su alumbramiento. Los motivos que llevaron a los traslados hospitalarios responden a la interrupción de la dilatación, progresión de presentación fetal y desproporción céfalo-pélvica. Más allá de los traslados hospitalarios, el

PDP atendido por enfermeras obstétricas, demostró buenos resultados maternos y neonatales.

En España, Castaño Molina (2014) plantea los cambios que ha tenido que atravesar la mujer y la sociedad toda, en relación al proceso de embarazo, parto y puerperio, con el nuevo Sistema Nacional de Salud de España, y las modificaciones que se intentan proclamar en función de lograr un PDP óptimo en dicho país.

Dichas modificaciones se presentan junto con la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal, de la cual se deriva la Iniciativa al Parto Normal, elaborada por la Federación de Asociaciones de Matronas de España, teniendo como objetivo proclamar diferentes cambios en la atención al parto, propiciando, entre otras cosas, el Plan de Parto.

En Brasil, Sanfelice, Abbud, Pregnotatto, Da Silva & Shimo (2014) exponen un estudio descriptivo de abordaje cualitativo, en la modalidad de relato de experiencias, en el período comprendido entre setiembre de 2011 a setiembre de 2013, con el fin de recoger las experiencias vividas por un grupo de enfermeras en relación al proceso de transición del parto hospitalario al parto domiciliario. El mismo desprende que dicha transición no resulta fácil para los profesionales ni para la sociedad, por la cantidad de prejuicios, miedos y conflictos que se generan en torno al parto domiciliario. Más sin embargo, practicar el PDP demuestra que es posible la asistencia a la mujer y al recién nacido tomando en cuenta su integralidad y las recomendaciones de la ciencia contemporánea.

En Uruguay, el MSP (2008) recomienda que los partos de bajo, mediano y alto riesgo, se desarrollen en instituciones donde exista personal capacitado las 24 horas del día, los 365 días del año, para atender dicho proceso. De esta forma, queda implícita la no recomendación por parte del MSP de los partos domiciliarios en nuestro país, por entenderlos riesgosos dadas las condiciones presentes en nuestra sociedad.

El MSP (2014) entiende que el personal capacitado para atender el trabajo de parto, nacimiento y puerperio de bajo riesgo en las instituciones habilitadas, es la Obstetra-Partera y el Ginecotocólogo. Ante la ausencia de dichos profesionales, los Médicos de Familia y los Médicos Rurales serán responsables de dicha atención.

A diferencia de los partos institucionalizados, los PDP realizados en Uruguay, son llevados a cabo exclusivamente por obstetras-parteras, quienes buscan humanizar los nacimientos. Las parteras, por su formación y capacitación universitaria, se encuentran encargadas de:

dar a la madre el cuidado y las orientaciones necesarias durante el embarazo, el parto y el período puerperal, asistir bajo su propia responsabilidad un alumbramiento normal y ocuparse del recién nacido. Ha de ser capaz de reconocer en todo momento los indicios de una anomalía o posible anomalía que exija la intervención del médico (...) (Barnes et al., 1966, p.9).

Así como también entablar una relación de comprensión mutua entre la partera y la madre, generando un clima ameno y de confianza, para poder cursar el embarazo, parto y puerperio de acuerdo a las expectativas planteadas por los protagonistas, con el objetivo de humanizar los procesos (Barnes et al., 1966; Shallman, 2007).

Empero, en Brasil, Frank & Pelloso (2013) realizaron un estudio cualitativo, con el objetivo de comprender cuál es la percepción que presentan los profesionales en el acompañamiento del PDP, del cual se desprende que parir en el domicilio le brinda un papel protagónico a la mujer y su familia, propiciando la tranquilidad, la calma y la autonomía en el proceso de parto. La OMS y el Ministerio de Salud de Brasil, recomiendan el parto domiciliario, siempre y cuando exista bajo riesgo gestacional, se haya realizado una adecuada evaluación del parto y se cuente con los materiales y los profesionales adecuados para las posibles intervenciones.

En Cuba, Pujadas, Oviedo, Montero & Pineda (2011), realizaron una revisión bibliográfica en relación a la humanización del parto, buscando identificar cuáles son los cambios que podrían llevar a mejorar las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Dicha revisión, destaca que los antiguos modelos de atención en salud, le dan predominancia al cuerpo enfermo, realizando intervenciones innecesarias, las cuales, en muchas ocasiones, pueden llevar a la deshumanización de los diferentes procesos.

En España, Lopez et al. (2012) plantean un artículo reflexivo en relación a las representaciones simbólicas que los profesionales del área 1 de salud de Murcia tienen sobre los conceptos del parto natural, normal y humanizado. De allí se desprende que existe confusión en relación a esos términos, por tener cada uno de ellos, una perspectiva distinta en relación a los partos. Para muchos de los profesionales de la salud entrevistados, el parto

natural refiere al mismo concepto que el parto normal o vaginal. Más sin embargo, la gran mayoría entiende que el parto humanizado es aquel que presenta el menor grado de intervención posible, y generalmente se encuentra asociado al parto domiciliario, y no al parto institucional.

De esta forma, quedan planteados varios lineamientos iniciales en relación al PDP y su posterior traslado a la institución sanitaria, los cuales nos ayudarán a comprender dicho fenómeno, posicionándonos en una perspectiva bio-psico-socio-cultural en relación a la mujer y el proceso por el cual se encuentra atravesando.

REFERENTES TEÓRICOS

"Cambiar la experiencia del parto significa modificar la relación de las mujeres con el miedo y la debilidad, con nuestros cuerpos, con nuestros hijos e hijas; sus complicaciones son de gran alcance psíquico y político". (Rich, citado por Blay, 2006-2007)

Con el objetivo de llevar adelante este estudio y comprender el problema planteado, es necesario pensar y tener como referencia conceptos y conceptualizaciones que atraviesan el tema propuesto.

I. DESARROLLO HISTÓRICO DEL PARTO

A lo largo del tiempo, el proceso que ha atravesado el parto ha ido desarrollándose en sus múltiples formas: comenzando por aquellos partos donde no se permitía el acceso a diferentes analgésicos para aliviar el dolor producido por el mismo, pasando por la creación de las clínicas de maternidad en donde existía un nivel mayor de intervención, llegando hoy por hoy a la idealización de un parto humanizado, en donde se respeten los derechos de las mujeres y sus hijos (Shallman, 2007; Hutter Epstein, 2010).

Cerca del año 1500 a.C., no se podía concebir al parto de otra forma que siendo doloroso, debido a la maldición divina 'pariras con dolor', la cual da origen a la maternidad patriarcal. Incluso, se castigaba a aquellas mujeres que pedían analgésicos para aliviar los dolores provocados por las contracciones (Rodríguez Bustos, 2007; Hutter Epstein, 2010) Sin embargo, las "brujas" de esa época, utilizaban analgésicos, digestivos y tranquilizantes para calmar los dolores de parto, siendo éste uno de los motivos por los cuales eran perseguidas (Ehrenreich & English, 1981).

En Europa, en el siglo XVIII, comienza a gestarse el control médico del parto. Esto se produce debido a que la atención con médicos brindaba prestigio a las mujeres, ya que ellos cobrarán hasta dos o tres veces más que las comadronas (Knibiehler, 1993, citado por Magnone, 2006).

En el año 1900 comienzan a surgir las primeras clínicas de maternidad, en donde las mujeres comenzaron a dar a luz allí. Pero las condiciones no eran las más adecuadas: muchas veces compartían cama con entre tres y cinco mujeres, o con algún enfermo contagioso, quien las terminaba contagiando a ellas y, en muchos casos, les producía la muerte (Shallman 2007; Hutter Epstein, 2010).

A pesar de las pésimas condiciones higiénicas, las clínicas de maternidad pronto fueron popularizándose. En el año 1900, el 5% de las mujeres paría allí; en el año 1930, el 75% de las mujeres elegía parir en estas clínicas en vez de parir en sus domicilios; mientras que para el año 1960 casi todas las mujeres elegían tener a sus hijos en las clínicas de maternidad (Hutter Epstein, 2010).

(...) parir en un hospital significaba para las mujeres separarse de sus familias y amigos, de sus madres y hermanas, que a menudo las cuidaban antes del parto, durante éste y semanas después. Dar a luz en un hospital implicaba comer cosas nuevas y extrañas. No era sólo un cambio de entorno físico sino también cultural; suponía pasar de lo familiar a lo desconocido (...) (Hutter Epstein, 2010, p. 77).

En 1910, el 50% de los partos se realizaban con la ayuda de una partera. Existían dos estilos de parteras: las matronas, quienes no poseían diplomas y eran perseguidas por la iglesia por sus conocimientos ocultos, y ejercían sus labores fundamentalmente en las zonas rurales; y las obstetricias diplomadas, quienes trabajaban sólo bajo la dirección del médico (Ehrenreich & English, 1981; Giberti, 1992, citado por Magnone, 2006).

En la década del 1970, el parto humanizado se convirtió en la moda del momento, ya que se pretendía desmedicalizar el proceso, y fortalecer a las mujeres en relación al momento del nacimiento. Quienes defendían el parto humanizado, intentaban enseñarle a las mujeres embarazadas a respirar de forma profunda, para relajar su cuerpo y su mente, y de esa forma evitar la administración de anestesia (Shallman, 2007; Hutter Epstein, 2010).

En 1985, en Fortaleza, Brasil, la OMS y la OPS organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada a utilizar en el parto. En dicha conferencia, participaron obstetras, comadronas, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, entre otros. De los puntos más importantes tratados allí, se encuentra: 1) La libre elección por parte de la mujer y su familia de su parto; esto implica informar a los protagonistas de los distintos métodos de atención al parto, incentivándolos para que puedan elegir el parto que deseen; 2) El trato por parte del personal sanitario; el cual debería ser siempre respetuoso y cordial para con la mujer y su familia, propiciando el bienestar físico y psíquico de la parturienta; 3) Las mujeres que dan a luz en una institución, deben poder decidir en relación a la vestimenta (suya y del bebé), comida y destino de la placenta; 4) El bebé recién nacido debe permanecer el mayor tiempo posible, inmediatamente después del parto, con su madre, y el personal sanitario debe incentivar a la mujer a tener una lactancia exitosa; 5) Cada mujer debe decidir libremente que posición tomar al momento del pre-parto y del expulsivo; 6) No se encuentra justificado, bajo ningún concepto, el uso sistemático de la episiotomía; 7) No existen pruebas que justifiquen luego de una cesárea previa, realizar otra cesárea.

De esta forma, se entiende que las mujeres no son máquinas, ni los bebés productos, por lo tanto es muy importante darle la relevancia que tiene cada caso, rescatando la singularidad y respetando a la mujer en sus decisiones.

II. SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO Y EL PDP

El PDP comprende un proceso de cambio por parte de la sociedad para con las mujeres como sujetas de derecho, en donde los sistemas de salud cumplen un rol fundamental en dicho proceso.

En **Holanda**, el sistema de salud se encuentra dado, por un lado por las empresas privadas, que son quienes prestan los servicios, y por otro lado, por el Estado, que oficia como regulador, asegurando la accesibilidad y la calidad de los servicios sanitarios. En dicho país, entre el 30% y el 40% de los partos, se desarrollan en el domicilio de la parturienta. Cuando la mujer comienza con el trabajo de parto, se comunica con una comadrona, quien la va a asistir. Si no se presenta ningún tipo de complicación, el nacimiento se realiza en el domicilio de la parturienta, acompañada de la comadrona. Una vez que el bebé nace, acude a su domicilio una doula, con el fin de dar contención y ayuda a la mujer y su hijo. Si durante el trabajo de parto, se presenta algún inconveniente que la comadrona no pueda solucionar, se acude al centro hospitalario para realizar las intervenciones pertinentes (Feenstra, sf; Smulders & Croon, 2001).

De esta forma, el Sistema de Salud de Holanda cubre los gastos relacionados a la comadrona, doula y demás atención que se requiera en el domicilio, mas sin embargo, si la parturienta decide tener a su hijo en forma institucionalizada, los gastos pertinentes corren por cuenta propia. Esto es así, debido a que se entiende que dar a luz en un hospital conlleva mucho más riesgos que parir en forma domiciliaria, y se tiene la convicción de que la mujer se encuentra capacitada para tener a sus hijos por sus propios medios, tomando al momento del parto como una instancia de salud y no de enfermedad (Feenstra, sf; Smulders & Croon, 2001).

En **Inglaterra**, el Sistema Sanitario Público contempla tanto el PDP, como el parto hospitalario. De esta forma, se brinda total libertad al momento de elegir el lugar donde parir. Los PDP son atendidos por comadronas, y oscilan entre el 2% y el 3% de los partos realizados en dicho país² (Guía de Asistencia al Parto en Casa, 2010).

En **España**, el Sistema Nacional de Salud se encuentra financiado a través de los presupuestos del Estado, y allí se incluye la atención al embarazo, parto y puerperio. Desde el año 2007, dicho país se encuentra trabajando en la concientización de promover un modelo de atención al parto y nacimiento que se encuentre centrado fundamentalmente en las necesidades de las mujeres y sus familias. Las unidades de maternidad hospitalaria son las encargadas de atender a las parturientas, a sus hijos y sus familias, garantizando las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia. El PDP no se encuentra contemplado en los servicios públicos (existen casas que ofrecen servicios privados de atención al PDP), más sin embargo, no es una práctica prohibida, se encuentra regulada por los colegios de matronas. Muchas mujeres eligen ésta opción, en donde son atendidas por matronas, y los costos de dicho proceso los asume la parturienta (Guía de asistencia al parto en casa, 2010; Ecurriet et al, 2014).

En **Uruguay** se encuentra el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual comprende el sector público (ASSE) y el sector privado (IAMC).

En ambos sectores, se trabaja mayormente desde el ejercicio de poder, basado en una “estructura jerárquica totalmente enquistada, rígida, que no permite ningún movimiento” (Magnone, 2010, p. 11). El modo de atención que se brinda por parte del sistema de salud

² Actualmente se emite una serie televisiva “Call the midwife”, en donde una joven enfermera llega a uno de los lugares más pobres de Londres, para trabajar como comadrona. Junto con ella, trabajan las monjas y otras enfermeras para dar ayuda y alivio a las madres del sector (BBC, Call the midwife, 2012, Disponible en <http://www.bbc.co.uk/programmes/p0118t80>)

uruguayo, es violento para con los usuarios que hacen uso de ese servicio. Pero el personal de la salud muchas veces no reconoce dicha violencia, por encontrarse atado a mandatos científicos, en donde se manipula el cuerpo enfermo (Magnone, 2010).

El Artículo 3 de la Ley 18.426 (2008), promueve “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 medicación que no estén justificados”. La humanización del parto, pone como eje central los procesos que ocurren en la mujer y no en el personal sanitario, respetando a las mujeres en sus decisiones de dónde parir y cómo hacerlo, entre otros (Magnone, 2006).

No obstante, en contradicción con lo que se plantea en dicha Ley, en nuestro país, los nacimientos suceden en un contexto de extrema medicalización e intervención, en donde la tasa de cesáreas al año 2008, alcanzó el 34,4% (Magnone, 2010), y al año 2013 alcanzó un promedio nacional del 50%, dentro de los cuales el 33,4% de los mismos ocurren en el subsector público y el 55,3% en el subsector privado, según los datos aportados por el Sistema de Información Perinatal (Farias, 2014).

Por otro lado, el MSP (2014) no recomienda el PDP por entenderlo riesgoso, dadas las condiciones presentes en nuestro país. Más sin embargo, cada vez más, las mujeres uruguayas están pensándose en relación al proceso de embarazo, nacimiento y puerperio, cuestionando las prácticas médicas y siendo conscientes que existen otras formas de dar a luz, como puede ser el PDP o el acompañamiento en el trabajo de parto con posterior traslado al hospital, o el acompañamiento por doulas, en donde se prioriza el ambiente relajado tanto para la mujer como para el niño, el trato hacia ambos, el contacto que se establece una vez que el niño nace, se respetan los tiempos biológicos, entre otros.

Se busca entender al proceso del parto como una instancia en donde no hay control psíquico por parte de las mujeres, quienes tienen que permitirse perder el control e intentar liberarse de sus miedos para poder transitar ese momento cómo ellas realmente consideren adecuado. Es por esto, que el ambiente en donde se desarrolle el mismo, y el trato que esa mujer reciba por parte de quienes la están acompañando, va a influenciar enormemente en cómo se desarrolle ese proceso (Magnone, 2006).

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El problema que guía este estudio, radica en la poca información que hay disponible en relación a los PDP, especialmente en nuestro país. Es por ello, que se tendrá como objeto de estudio, el cuestionamiento en relación a porqué aproximadamente el 2% de las mujeres uruguayas que se encuentran transitando un embarazo, eligen parir en sus domicilios, haciendo especial hincapié en aquellas mujeres que requirieron traslado a la institución para culminar su parto, ya que implica no sólo un cambio de planes a la elección primaria de la mujer, sino el encuentro de dos modelos de atención al nacimiento muy distintos.

Las interrogantes tomadas como punto de partida son:

- ¿Qué motivos llevaron a tomar la decisión de pasar por un PDP, a pesar de no ser la recomendación de la máxima autoridad sanitaria de nuestro país?
- ¿Cómo se informaron y contactaron con las organizaciones que trabajan con PDP?
- ¿Cuáles fueron los obstáculos sociales e institucionales que se encontraron al momento de tomar la decisión?
- ¿Cómo fue vivido el traslado a la institución sanitaria?
- ¿Cuáles fueron las diferencias entre ambos modelos de atención?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar y comprender los motivos que llevan a aproximadamente el 2% de las mujeres uruguayas, parir en sus casas, contemplando especialmente los procesos de aquellas mujeres que requirieron traslado a la institución para culminar su parto.

Objetivos específicos:

- Indagar los motivos que las llevaron a tomar la decisión de tener un PDP.
- Conocer la labor de los profesionales que forman parte de la atención al PDP y su metodología de trabajo.
- Indagar si tuvieron dificultades u obstáculos a nivel familiar, social e institucional, por la decisión de tener un PDP.
- Analizar el impacto del traslado a la institución.
- Indagar sobre las posibles diferencias entre ambos modelos de atención al parto (las de las parteras del PDP y las de la institución sanitaria).

ESTRATEGIA O DISEÑO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de la presente investigación, se optó por una metodología cualitativa, con un diseño de carácter exploratorio, por entender que es el más adecuado para el proceso de estudio propuesto. Taylor & Bogdan (1984) plantean que la metodología cualitativa refiere a “(...) la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p. 20).

Como técnica de investigación, se optó por la entrevista en profundidad, con característica semi-estructurada. De esta forma, se ve a las personas y/o grupos a estudiar como un todo, no como variables, por lo cual se comienza con interrogantes poco determinadas; se estudia tanto a las personas en el contexto de su pasado como en la situación en que se encuentren en el aquí y ahora, dejando de lado las perspectivas propias, las creencias y/o ideas previas (Taylor & Bogdan, 1984).

Se establece realizar un estimativo de 20 entrevistas, teniendo en cuenta el criterio de saturación de la muestra.

Toda investigación presenta un público objetivo; en este caso, se incluirá a mujeres de entre 18 y 40 años de edad, que residan en el área Metropolitana, y que hayan optado por el PDP, pero que en el transcurso del mismo debieron trasladarse a sus instituciones de salud para terminar su proceso de nacimiento.

Se excluye a aquellas mujeres que presenten algún tipo de patología en el embarazo, a quienes posean algún trastorno físico/psíquico, y/o a quienes hayan pasado por la experiencia del parto domiciliario, pero no haya sido planificado.

Para la captación de las mujeres, se utilizarán varias estrategias. Una de ellas hará referencia a un recorrido por varias organizaciones que promuevan el PDP, con el fin de convocar a aquellas mujeres que cumplan con los criterios de inclusión.

Se utilizará las diferentes redes sociales para convocar a la población objetivo; así como también se hará uso de la técnica de la bola de nieve, de manera de poder llegar a contactar a más mujeres para dicha investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente pre-proyecto de investigación se rige por el decreto N° 379/008 del MSP, el cual debe atender las exigencias éticas y científicas fundamentales, preservando en todos los casos la dignidad humana y los derechos humanos de los sujetos involucrados.

Dicho proyecto, será presentado para su aval al Comité de Ética en Investigación, aprobado por el Consejo de Facultad de Psicología (MSP, 2008). El presente Comité tiene como “finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad”. Se deberá poner a disposición de los sujetos involucrados, el consentimiento libre e informado, así como también la relevancia del estudio pertinente; y brindar el máximo de beneficios en relación al mínimo de riesgos y daños.

Se garantiza la confidencialidad y privacidad de la información que brinden, se respetará el anonimato de las personas involucradas, en este caso de las mujeres que serán entrevistadas, explicitando el resguardo de sus datos personales en todo los informes o comunicación que se realice sobre el estudio. A fin de esto, se les solicitará a todas las mujeres entrevistadas el consentimiento libre e informado. Para ello se le dará una explicación completa y detallada de la naturaleza de la investigación, sus objetivos, métodos y resultados esperados.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica	■	■										
Diseño de la pauta de entrevista		■										
Coordinación de entrevistas			■	■	■							
Recolección de Datos				■	■	■	■					
Análisis de datos						■	■	■	■	■		
Conclusiones											■	
Informe final											■	■

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende mediante el presente pre-proyecto de investigación, generar información y conocimiento en relación al PDP, evidenciando que prácticas, rutinas y procedimientos son efectuados por el personal de salud, durante el proceso.

Mediante el diseño metodológico propuesto, se busca obtener las perspectivas en función de los motivos que llevaron a las mujeres a optar por un PDP y el impacto que el traslado hacia la institución para finalizar el proceso conlleva, ya que ambas situaciones nos permiten analizar no sólo el ejercicio de derechos reproductivos en ambas situaciones, sino también el proceso de autonomía de las mujeres como sujetas de derecho. Esto tiene como fin, aportar dichos testimonios a la sociedad, generando información que hasta el momento se presenta de forma escasa en nuestro país, y es sumamente relevante para pensar la salud (sexual y reproductiva) y la autonomía de la mujer en relación a su cuerpo y sus derechos.

Estos movimientos pretenden contribuir al cuestionamiento de las políticas sanitarias de nuestro país en relación a la atención al nacimiento, las cuales se encuentran enfocadas fundamentalmente en el rol del médico, dejando de lado a la mujer y su bebé, y ofrecer alternativas para pensar políticas que incluya pensar a la mujer en su integralidad, en su autonomía y en su libre elección para vivir esta experiencia cómo más segura se sienta.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbud, F., Da Silva, M., Pregnotatto, O., Sanfelice, C. & Shimo, A. (2014) Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Numero 15(2):362-370. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brasil.
- Barnes, A., Celis, L., Eng, L., Merger, R., Morley, D., Pomerska, E., Pratt, A & Slajmer-Japelj, M. (1966) Comité de Expertos de la OMS sobre la función de la partera en la asistencia a la madre. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Informe núm. 331. Ginebra
- BBC (2012) Call the midwife. Disponible en <http://www.bbc.co.uk/programmes/p0118t80>
- Blay, E. (2006-2007) Parto Humanizado. Recopilación de folletos y artículos sobre el tema. Material de apoyo para los talleres de capacitación. Cap. Por un parto respetado. RELACAHUPAN-Uruguay. Disponible en <http://fliphtml5.com/nwzd/wlgg/basic/51-64>
- Bruggemann, O., Dufloth, R. & Koettker, J. (2013) Partos domiciliarios planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferencias maternas e neonatais. Revista Esc. Enferm. USP. Número 47(1):15-21. Brasil
- Castaño Molina, M.A. (2014) La asistencia al parto: del hogar al hospital. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18,39. Murcia, España. Disponible en <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.01>
- Castro, R. & López, A. (2010) Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional. Ed.: MS Impresiones. Montevideo, Uruguay
- Col. legi Oficial d'Infermeria. Guia de Asistencia al Parto en Casa (2010) Barcelona, España. Disponible en <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAT.PDF>
- Da Silva Ferreira Gouveia, Damazio do Nascimento, Lenho de Figueiredo Pereira, Rubia Lino de Lima & Santana Schroeter (2013) Resultados maternos e neonatais da

asistencia em casa de parto no Município do Río de Janeiro. Escola Anna Nery. Número 17(1):17-23. Río de Janeiro, Brasil.

Ehrenreich, B. & English, D. (1981) Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. Edición Espa ola. Ed. La Sal. Barcelona, Espa a.

Escurriet, R., Pueyo, M., Biescas, H., Espiga, I., Colls, C., Sanders, M., Kinnear, A., Roberts, M., Gomes, S., Fust , J. & Ort n, V. (2014) La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) Matronas Prof. 15(2): 6270.

Farias, C. (2014) Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Tesis inédita de maestría. Faculta de Psicología de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Feenstra, C. (sf) La atención al parto en Holanda. Disponible en http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/la_atencion_al_parto_en_holanda.asp

Frank TC & Pelloso, SM (2013) A percep o dos profissionais sobre a assistència ao parto domiciliar planejado. Revista Gaúcha Enferm. Número 34(1):22-29. Brasil.

Hutter Epstein, R. (2010)  C mo se sale de aquí? Una historia del parto. Madrid, España. Ed.: Turner Publicaciones S.L.

Laza, C. (2015). Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional, p (487-496). Revista Cubana de Salud Pública. Fundación Universitaria del  rea Andina-Sede Bogotá. Colombia.

López, R., Munarriz, L., Peña, E., Roche, M., Sánchez, J., & Viguera, M. (2012) Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. Revista de Antropología Iberoamericana. Número 7(2):225-247. Murcia, España.

- Magnone, N. (2006) Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de humanización. Tesis de Maestría en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay
- Magnone, N. (2010) Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. Tesis inédita de maestría. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay
- Martins, C., Almeida, N., & Mattos, D. (2012). Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería. Numero 27; julio del 2012, pp. 306-311. Universidad de Murcia, España.
- MSP. Dirección General de Salud. División Epidemiología-Estadísticas Vitales. Nacimientos según tipo de parto y grupo de edad materna. Uruguay (1996-2014). Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Cuadro%2011.%20Nacimientos%20seg%C3%BAAn%20tipo%20de%20parto%20y%20grupo%20de%20edad%20materna.%20Uruguay%201996-2014.ods
- MSP. Uruguay (2014) Guías en Salud sexual y Reproductiva. “Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” Disponible en http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20y%20PARTO%20MSP%202014_1.pdf
- MSP. Uruguay (2008). Decreto Investigación con seres humanos. Comité de Ética en Investigación. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Disponible en <http://psico.edu.uy/sites/default/files/page/2010/02/decreto-investigacion-con-seres-humanos.pdf>
- Montero Torres, F., Oviedo Rodriguez, R., Pineda, JF. & Pujadas Rios, X. (2011) Humanización del parto en la medicina de excelencia. Rev. Medisur. Número 9(5):55-57. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba.
- MYSU (2009). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009, Montevideo, MYSU.

- Naciones Unidas. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) El Cairo. Disponible en http://aupf.org.uy/salud_sexual_que.html
- OMS (1985) Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>
- Pimenta, D., Azevedo, M., Andrade, T., Oliveira, C. & Mourão, X. (2013). El parto realizado por matronas: una revisión integradora. *Enfermería Global*. Revista electrónica trimestral de Enfermería. Número 30; Abril de 2013, pp. 482-493.
- Rodrigañez Bustos, C. (2007) *Pariremos con placer*. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina. Madrid, España. Ed. Crimentales S. L.
- Saletti, L. (2008) Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra (Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista)* Núm. 7:169-183.
- Sanfelice CFO & Shimo AKK (2014) Parto domiciliar: ¿avanço ou retrocesso? *Revista Gaúcha Enferm.* Número 35(1):157-160. Porto Alegre, Brasil.
- Sanfelice CFO & Shimo AKK (2015) Representações sociais sobre o parto domiciliar. *Escola Anna Nery*. Número 19(4):606-613. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
- Saraswoti, K., Bilkis, B., Khursida, K., Liaquat, A., Narbada, T., Babill, S., & Bhimsen, D. (2012). Reproductive Healt. *BMC Pregnancy y Childbirth*. Changing trends on the place of delivery: why do Nepali women give birth at home?
- Shallman, R. (2007) *Parir en libertad; en busca del poder perdido*. Ed. Grijalbo. Buenos Aires, Argentina
- Smulders, B. & Croon, M. (2001). *Parto Seguro. Una guía completa*. Barcelona. Editorial Medici.
- Taylor, S.J. & Bogdan (1984). *Introducción a los métodos cualitativos*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentins.

Uruguay, Poder Legislativo (2006) Ley 17.386. Acompañamiento durante el parto. Publicado en el Diario Oficial el 6 de marzo de 2006. Montevideo, Uruguay. Disponible en <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-17.386-acompa%C3%B1amiento-parto.pdf>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18.426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicado en el Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008. Montevideo, Uruguay. Disponible en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

Zapata, P. (2013) ISG, Un destacado modelo: el Sistema de Salud Holandés. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <http://www.isg.org.ar/wpcontent/uploads/2013/01/SistemadeSaludHoland%C3%A9s.pdf>