



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Vivencias de mujeres que optaron por un parto domiciliario planificado
asistido por Obstetras Parteras**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORA: Br. Lucía Lemos

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Kety Rodríguez

CO TUTORAS: Asist. Obst. Part. Fernanda Rodríguez

Asist. Mag. Carolina Farías

Montevideo, Noviembre 2021

AGRADECIMIENTOS

Llegado este momento de transición en mi vida, no puedo no agradecerles a un sinnúmero de personas que me acompañaron en este largo proceso.

En primer lugar, este trabajo no habría sido posible sin las mujeres que me regalaron su tiempo para compartir conmigo sus experiencias. Gracias a todas y cada una de ustedes.

Gracias a Rossina, Sylvia y Sofía que me orientaron en el mundo del parto domiciliario.

Kety, Fernanda y Carolina: gracias por cada instancia de intercambio, cada corrección y sugerencia. Pero sobre todo, gracias por darme la posibilidad de tomarme el tiempo que necesité para transitar esta etapa.

Estoy muy agradecida a Lucía y Luciana por todo el apoyo que me brindaron con dedicada vocación.

Gracias a esas personas que siempre se alegraron por mí con cada pasito que dí: Agustina, Cecilia, Javier, Mahia, Natalia, María Lucía y Mary.

A mi madre y a mi padre: ¡Gracias por confiar en mí!

Finalmente, luego de transitar un camino largo y tortuoso, no me queda más que agradecer a la vida por cada oportunidad de aprendizaje y crecimiento. Este trabajo está dedicado a una niña de diez años. El día que salió abanderada en la escuela con un solo voto, el suyo propio, confirmó su sospecha de que nadie la quería y no merecía nada bueno. Gracias Victoria por aparecer en su vida y recordarle los tesoros que son el amor propio, el autorrespeto, la autoconfianza y el merecimiento.

A mi niña interior:

¡Lo logramos! Gracias, gracias, gracias. Te amo.

NO TE RINDAS

No te rindas

La vida siempre puja por salir.

Ella escucha tu latido y tu sentir,
que está esperando ser liberado y expresado
a través de ti.

No te rindas,

Siempre hay un nuevo ciclo en el que resurgir,
una nueva oportunidad para renacer
de una manera más auténtica, más intensa.

No te rindas; hoy es un nuevo amanecer
para dignificar tu cuerpo,
para vivir en coherencia con tu poder,
para honrar el pulso vital de tu sexualidad,
para poner flores a la puerta que llevas dentro
y que dio la vida a toda la humanidad.

Autora: Myriam Peña - Del libro "La Mujer Oceánica"

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	7
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	11

PARTE I

CAPÍTULO 1: MARCO REFERENCIAL	15
1.1 Reseña histórica	18
1.2 Formación de las parteras en Uruguay y el mundo	23
1.3 Sistemas de salud y parto domiciliario planificado en el mundo	26
1.4 Atención al parto en Uruguay y competencias de la partera	30
CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES DEL TEMA	33
2.1 Resultados perinatales según el lugar donde ocurre el parto: domicilio particular o centro sanitario.	36
2.2 Perfil de mujeres que eligen el parto domiciliario planificado	40
2.3 Preparación para el nacimiento	43
2.4 Acompañamiento durante el parto	46
2.5 Vivencia de mujeres en el parto hospitalario y domiciliario	49
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS	52
3.1 Objetivo General	52
3.2 Objetivos específicos	52
CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÓGICO	53

PARTE II

CAPÍTULO 5: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	57
5.1 MOTIVACIONES	61
5.1.1 La búsqueda de una experiencia distinta.	62
5.1.2 El deseo de un parto humanizado.	69

5.1.3 El confort y seguridad del hogar	75
5.1.4 La pandemia por Coronavirus	79
5.2 VÍNCULOS	83
5.3 EXPECTATIVAS Y VIVENCIA DEL NACIMIENTO	94
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	117
Anexo 1 - Reglamentación del ejercicio de la profesión partera. Aprobado por: Decreto N° 445/007 de 19/11/2007	116
Anexo 2 - Certificado de nacido vivo formato papel	119
Anexo 3 - Mensaje a través del cual fue difundida la investigación con el objetivo de reclutar posibles participantes:	119
Anexo 4 - Tabla N°1. Caracterización de participantes	121
Anexo 5 - Pauta guía de entrevista	122
Anexo 6 -Consentimiento informado	125
Anexo 7 - Aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina- UdelaR	128

RESUMEN

El presente trabajo constituye una investigación de tipo cualitativa realizada en el marco del trabajo final de grado para la obtención del título de Obstetra-Partera. Las mujeres que paren en su domicilio en Uruguay son una ínfima minoría, y el Ministerio de Salud Pública no posee un registro de cuántos de estos partos suceden de esta forma por elección. Por lo que es relevante visibilizar a esta población que elige de alguna manera salirse del sistema y tratar de comprender por qué, y cómo son estas experiencias.

El objetivo principal de esta investigación fue conocer cómo fue la vivencia de mujeres que optaron por un parto domiciliario (PD) acompañadas por obstetras-parteras. Para esto, se realizaron entrevistas en profundidad a siete mujeres que habían planificado un parto domiciliario, contactadas a través de redes sociales, las cuales habían tenido a sus hijos hacía menos de un año al momento de la entrevista. Se tomaron para la muestra tanto mujeres que hubieran podido llevar a cabo el PD como las que no. Luego de transcribir las entrevistas se realizó una exhaustiva revisión de las mismas, de la que surgen las siguientes tres grandes categorías de análisis:

➤ “Motivaciones”, que responde al primer objetivo anteriormente mencionado y concluye que los motivos más relevantes en las participantes para planificar un PD fueron la búsqueda de una experiencia distinta a la anterior (partos institucionales) en los cuales en cierta medida habían sufrido algún tipo de violencia obstétrica, el deseo de tener un parto humanizado y libre de intervenciones innecesarias, en el confort y seguridad que les genera su propio hogar, y la actual situación sanitaria por Coronavirus.

➤ “Vínculos”, que analiza el tipo de relacionamiento que genera la mujer durante el embarazo con las parteras que la acompañan, con el personal de salud que la asiste en centros de salud, con doulas y otras redes de sostén

como amigas, familiares o “círculos de mujeres”. También se analiza el vínculo con su pareja, que es de suma importancia para ellas desde la toma de decisión de planificar el PD hasta el acompañamiento continuo durante todo el embarazo, parto y puerperio.

➤ “Expectativas y vivencias”. En esta categoría se realiza el análisis de la experiencia en el momento preciso del parto de las mujeres que lograron tener un PD. A su vez, se compara esta vivencia con las expectativas que las participantes manifestaron tener previo al parto, intentando evaluar su grado de satisfacción, el cual se concluyó que fue positivo.

Palabras clave:

Parto domiciliario, vivencia, obstetras, parteras.

ABSTRACT

This work constitutes qualitative research carried out within the framework of the final degree project to obtain the title of Obstetrician-Midwife. Women who give birth at home in Uruguay are a tiny minority, and the Ministry of Public Health does not have a record of how many of these deliveries happen this way by choice. So it is relevant to make visible these people that somehow choose to leave the system and try to understand why, and what these experiences are like.

The main objective of this research was to find out what the experience of women who opted for home birth (HB) accompanied by midwives was like. For this, in-depth interviews were conducted with seven women who had planned HB, contacted through social networks, who had had their children less than a year ago at the time of the interview. Both women who could and couldn't accomplish HB were taken for the sample. After transcribing the interviews, an exhaustive review of them was carried out, from which the following three major categories of analysis emerge:

- "Motivations", which responds to the first objective mentioned above and concludes that the most relevant reasons for the participants to plan HB were the search for an experience different from the previous one (institutional births) in which to some extent they had suffered some kind of obstetric violence, the desire to have a humanized delivery free of unnecessary interventions, in the comfort and security that their own home generates, and the current health situation due to Coronavirus, where they avoided going to healthcare centers.
- "Links," which analyzes the type of relationship that the woman generates during pregnancy with the midwives who accompany her, with the health personnel who assist her in health centers, with doulas, and other support networks such as friends, family members, or "women's circles." The bond with their partner is also analyzed, which is of utmost importance for them from the decision-making to plan the HB to the continuous monitoring throughout pregnancy, childbirth, and the puerperium.

➤ "Expectations and experiences": In this category, the analysis of the experience at the precise moment of delivery of women who managed to have a PD is carried out. In turn, this experience is compared with the expectations that the participants said they had before delivery, trying to assess their degree of satisfaction, which was concluded to be positive.

Keywords:

Home delivery, experience, obstetricians, midwives.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación fue desarrollado como requisito para la obtención del título de Obstetra-Partera. La idea de este tema surgió durante mi rotación por el Hospital de Rocha y policlínica de La Paloma como interna practicante de la carrera, en el cual tuve la oportunidad de conocer varias mujeres que planificaban parir en sus domicilios. Era la primera vez que escuchaba que una mujer del siglo XXI quisiera parir en su casa en vez de en el hospital. En su momento me suscitó mucha curiosidad y mi primera reacción fue cuestionarme por qué harían “tal locura”. Este trabajo es la prueba de que esta primera reacción no quedó en eso, sino que continué investigando sobre el tema, lo que me hace encontrarme hoy convencida de que éste es el camino que quiero seguir como profesional.

El parto y la asistencia de este han pasado por distintas transformaciones a lo largo del tiempo y en las diferentes culturas. Durante la Antigüedad y Edad Media, el parto era “un asunto solo de mujeres” (Hutter, 2010, p.20), siendo la comadrona (parteras empíricas) de gran importancia en la asistencia del mismo. Hacia el siglo XX, sobre todo en la década del 60’ esta pasó a ser en el ámbito hospitalario, llevada a cabo por médicos (Hutter, 2010), incorporando conocimiento científico, tecnologías e intervenciones, pero dejando de lado el papel protagónico de la mujer y la familia en la seguridad y confort del hogar, uno de los motivos que llevan hoy a mujeres uruguayas a elegir su casa como el mejor lugar para el nacimiento de sus hijos/as.

Hoy en día las recomendaciones mundiales y nacionales apuntan a humanizar el proceso del nacimiento, intentando devolver a la mujer su rol protagónico, respetando su autonomía y la fisiología del proceso (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2018; Organización mundial de la Salud [OMS], 2018). En algunos países existe la posibilidad de parir en casa como parte del sistema de salud, en otros no se recomienda esta práctica. En Uruguay, el Ministerio de Salud

recomienda el parto institucional (MSP, 2014). Aun así, algunas mujeres/parejas deciden planificar su parto en domicilio, acompañadas por obstetras parteras.

Las parteras en Uruguay reciben una formación académica de nivel terciario. Las estudiantes de partera, durante esta formación desarrollamos nuestra práctica exclusivamente en el ámbito institucional. Por esto considero que este trabajo será un novedoso aporte a la formación de futuras/os profesionales, dado que por medio del mismo será visibilizada un ámbito de ejercicio profesional con el que tenemos escaso (o nulo) contacto durante la carrera. Además, se pretende abrir la discusión sobre la necesidad de implementar políticas públicas en Uruguay que tengan en cuenta el deseo de estas familias. Para esto hacen falta investigaciones que muestren, por ejemplo, el nivel de seguridad del parto planificado en domicilio en nuestro país, cuando es controlado y asistido por parteras profesionales. Este trabajo puede ser un puntapié inicial para estas futuras investigaciones sobre el parto domiciliario en nuestro país.

Este trabajo, que tuvo por objetivo principal conocer la vivencia de mujeres que optaron por planificar un parto domiciliario (PD) asistidas por Obstetras-Parteras, se divide en dos partes. En la primera, el lector podrá obtener información sobre las transformaciones que ha sufrido el parto y la asistencia del mismo a lo largo de la historia, podrá conocer cómo es el sistema de salud y de asistencia de partos en Uruguay, las leyes que lo rigen, y compararlo con los sistemas de otros países del mundo. Se aborda también la formación de las parteras, tanto en Uruguay como en otros países, relevando las competencias de la misma como profesional de la salud y enfatizando en el libre ejercicio de la profesión en nuestro país, lo cual hace posible que estas profesionales puedan acompañar y asistir a las mujeres que eligen parir fuera del sistema sanitario. En esta primera parte además se exponen antecedentes vinculados al tema, que luego fueron cotejados con los resultados obtenidos.

Se realizaron entrevistas en profundidad, mediante una plataforma virtual de teleconferencias, a mujeres que habían parido en un periodo no mayor a un año,

quienes habían planificado un PD con parteras. Las participantes fueron captadas a través de redes sociales, y tras ser informadas sobre el objetivo de la investigación y evacuadas sus dudas, accedieron a participar de la misma voluntariamente. Las entrevistas estuvieron orientadas a responder básicamente las siguientes preguntas: Qué las había motivado a planificar un PD, cómo fue la experiencia vivida durante el nacimiento de sus hijos/as, y cuál era el grado de satisfacción con la experiencia vivida, en base a sus expectativas.

La segunda parte de este trabajo es el análisis de los resultados obtenidos en el trabajo de campo y su contrapuesta con los trabajos abordados en el capítulo 2 (Antecedentes del tema). En base a las preguntas de investigación e intentando cumplir con los objetivos planteados, se crearon tres dimensiones o categorías de análisis: “motivaciones”, “vínculos” y “expectativas y vivencia del nacimiento”.

En la primera categoría el lector podrá comprender los principales motivos por los cuales las mujeres embarazadas, junto con sus parejas, optaron por tener un parto planificado en domicilio. Las principales motivaciones que se mencionaron estuvieron muy interrelacionadas. Estas fueron: la búsqueda de una experiencia distinta, en aquellas que previamente habían tenido hijos en instituciones, las cuales por diversos motivos no deseaban volver a repetir; el deseo de tener un parto humanizado, libre de intervenciones innecesarias, las que ellas consideraban “moneda corriente” en los partos institucionalizados; el confort y la seguridad que les generaba su propio hogar, donde podrían transitar el trabajo de parto y parto libres y cómodas, en un ambiente con el que estaban familiarizadas; y por último, surge como motivación la actual pandemia por Coronavirus, la que en algunos casos fue un elemento clave para decidirse por el PD, en un intento de evitar el ambiente hostil que percibían en los hospitales.

En la categoría “vínculos” se analiza con quiénes y de qué manera se relacionaban las participantes durante el embarazo. Surge el contraste entre la relación con las parteras que las acompañaban y los demás profesionales de la salud con quienes tenían contacto en las instituciones. En la mayoría de los casos, describen este

último como frío y distante, a diferencia del que recibían de las parteras, con quienes se generó un vínculo estrecho y de confianza. Se destacan otros vínculos como la pareja, quien fue muy importante en todo el proceso de embarazo, representando una figura de sostén y seguridad, acompañando y apoyando a las participantes en la toma de decisión del PD, en la preparación para el nacimiento y en el momento específico del trabajo de parto y parto. También se mencionan otras figuras de sostén como miembros de la familia, amigas, pares (mujeres madres y/o embarazadas) y doulas

.

La última categoría se titula “expectativas y vivencia del nacimiento” y en ella se realiza un análisis de la vivencia de las mujeres en el momento del nacimiento de sus hijos/as. Para esta categoría se analizaron únicamente los casos de las mujeres cuyo parto se dio en el domicilio. Se tomaron en cuenta tanto los aspectos físicos como los emocionales. A su vez, se abordan las expectativas que las participantes tenían sobre ese momento, y se concluye que la experiencia cumplió en gran parte con estas. Todas las mujeres que concluyeron su parto en domicilio lo describen como una experiencia positiva que volverían a repetir en caso de volver a tener hijos.

El capítulo final de este trabajo expone las conclusiones del mismo, en las cuales se describen los principales hallazgos.

PARTE I

CAPÍTULO 1: MARCO REFERENCIAL

En el presente capítulo se realiza una revisión sobre el parto domiciliario desde distintos abordajes. Primero, se realiza una reseña de la asistencia al nacimiento a lo largo de la historia de la humanidad, desde los primeros registros que se tienen de cómo parían las mujeres hasta llegar al parto institucionalizado que conocemos hoy en la sociedad moderna occidental, pasando por algunos hitos en la historia de la obstetricia como disciplina científica. Como se verá más adelante y es sabido, las mujeres han parido desde siempre, pero la forma en que lo hacen, incluyendo el espacio físico donde toma lugar este acontecimiento, ha cambiado y continúa haciéndolo en las distintas épocas y culturas. También así, las parteras han estado siempre presentes a lo largo de la historia acompañando a las mujeres en distintas etapas de su vida sexual/reproductiva, por lo que se habla también del rol de éstas.

En un segundo momento, se aborda la formación de las parteras (matronas, comadronas, *midwives*, obstetras, enfermeras obstétricas, Licenciadas en obstetricia, etc.) en algunos países del mundo occidental incluyendo Uruguay. Se verá que no todos los países cuentan con los mismos programas de formación a estas profesionales, habiendo algunos que no llegan siquiera a cumplir con los estándares mínimos de la Confederación Internacional de Matronas (ICM por su sigla en inglés), organización no gubernamental que nuclea asociaciones de parteras de 124 países de todos los continentes, promoviendo la estandarización internacional de la educación en partería (Confederación Internacional de Matronas [ICM], s.f). En este apartado también se explica cómo se forman las parteras en Uruguay, para lo cual coexisten dos carreras de nivel universitario, además de realizar un breve resumen de cómo ha ido evolucionando la formación de estas profesionales desde la implementación de los cursos en el año 1877.

Más adelante, se exploran algunos modelos del sistema de salud de distintos países, haciendo especial énfasis en la atención del embarazo y nacimiento y la posibilidad de planificar un parto domiciliario. Para este apartado se incluyeron dos

países de Europa (Holanda y España) y uno de la región (Argentina). Como se verá en este subcapítulo, en algunos países la opción del parto domiciliario está no sólo contemplada por las autoridades sanitarias sino que además es promovida, mientras en otros, la opción no está incluida dentro de la cartera de servicios del sistema de salud.

Por último se aborda cómo es la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio en Uruguay, de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP). Se expone también el Reglamento del Ejercicio de la Profesión de Partera (Decreto N° 445/007) el cual habilita a estas profesionales a ejercer libremente y, por consecuencia, a asistir partos en domicilio. Sin embargo, se verá que el MSP recomienda la asistencia institucional del parto.

1.1 Reseña histórica

“El prestigio y reconocimiento social de una profesión pasa, ineludiblemente, por el reconocimiento de su historia, de su pasado: desde cuándo existe como tal, cuáles fueron sus precedentes, qué funciones y tareas ha desempeñado la matrona a lo largo de la Historia”
-García & García, 2005, p. 11-

La historia de las parteras es tan antigua como la humanidad. Las mujeres han parido desde siempre, a veces en soledad, a veces acompañadas. Seguramente por las dificultades que podría traer el proceso de parir sin ayuda, todos los pueblos de manera más o menos oficial han desarrollado especialistas en este arte siendo éstas mayormente mujeres (Vigna, 2018).

La palabra “obstetricia” viene del término *obstetrix*, que es como se les llamaba a las parteras en la Antigua Roma. *Obstetrix* deriva del verbo *obstare*, que traduce “estar al lado” o “delante de” (Vigna, 2018; Conde, 2011), lo que ya hace evidente el papel de la partera: acompañar a la parturienta.

La referencia más antigua que tenemos de las parteras se remonta a pinturas rupestres que hacen creer que las mujeres del Paleolítico parían en cuclillas, o con las piernas o nalgas apoyadas sobre piedras, solas o bien acompañadas de otra mujer (Manrique, Fernández, Echevarría, Figuerol, Teixidó, & Barranco, 2014). Las primeras menciones escritas sobre parteras que se conocen, se encuentran en textos religiosos como el Antiguo Testamento y los Evangelios Apócrifos. Las matronas o parteras hebreas tenían un elevado reconocimiento social en la época. La Biblia describe el parto gemelar de Tamar (hacia el año 1700 a.C), dando testimonio de la labor de la partera no solo en la función asistencial como también en la jurídico-legal del reconocimiento del primogénito (García & García, 2005; Manrique et al, 2014; Vigna, 2018). En los evangelios Apócrifos se hace referencia al nacimiento de Jesús y menciona a dos parteras: Zelomí y Salomé. Zelomí, la primera que entró en la cueva para atender a la Virgen María, la examina

realizándole tacto vaginal tras el nacimiento del niño (García & García, 2005; Manrique et al, 2014; Vigna, 2018).

Durante la Edad Media, las funciones asistenciales de la matrona/partera comprendían la asistencia a la embarazada, el parto y puerperio, cuidados del recién nacido, asistencia a enfermedades propias de la mujer (hemorragias, prolapsos uterinos), anticoncepción, prácticas abortivas (lo que le traería serios enfrentamientos con la Iglesia) y la operación cesárea para la extracción del feto. Las parteras se formaban acompañando a otra mujer de más edad y experiencia que venía cumpliendo con tal menester. Los conocimientos así adquiridos se transmitían de generación en generación, normalmente de madres a hijas o cualquier otro familiar (García & García, 2005). Utilizaban una amplia variedad de hierbas para diversos fines como el aborto, la inducción o aceleración del parto o la disminución del dolor en el trabajo de parto. El parto era “un acontecimiento social y espiritual” (Hutter, 2010, p. 32).

Hasta esta época, uno de los grandes problemas que existía en la obstetricia era la estrechez pélvica (Sedano, 2014) lo que acababa en fetos que no descendían por el canal de parto. Previo a la aparición del fórceps, estas situaciones obligaban a quien asistía el parto a elegir si salvar la vida de la madre o del niño (no podemos saber si para tomar esta decisión tenían consentimiento de la mujer y/o familia). Entonces, se sacaba al niño con pinzas, por partes. En otras ocasiones se les aplastaba el cráneo, lo que por supuesto les causaba la muerte, salvando así a la madre. Otra opción era fracturar el hueso pélvico, lo que muchas veces causaba la muerte materna pero salvaba la del niño (Hutter, 2010).

Es a finales del siglo XVI que aparece la familia Chamberlen con un invento que revolucionaría la obstetricia, este mundo hasta entonces, propio de mujeres, de madres y parteras: el fórceps. La historia cuenta que el dispositivo fue mantenido en secreto durante cuatro generaciones por esta familia de médicos. Nadie conocía cómo o con qué sacaban al niño del canal de parto, pero lo cierto es que tenían una alta tasa de éxito. Con el argumento de mantener la intimidad de la parturienta, por

cuestiones éticas de la época, donde estaba mal que un hombre viera los genitales de una mujer, estos médicos colocaban una sábana atada a la mujer y a sus hombros, formando una especie de carpa debajo de la cual colocaban sagazmente el artefacto misterioso y, a tientas, lo introducían en el canal de parto. Claro está que todos los acompañantes de la mujer (otras mujeres) eran obligados a retirarse de la habitación (Hutter, 2010).

Es a partir de aquí, cuando las parteras comienzan a ser desplazadas de un ámbito que siempre les había pertenecido. Con la llegada de los médicos a los paritorios llegaron también cambios en la manera de parir. Por ejemplo la posición en la que se asistía el parto, ya que los médicos preferían tener a la mujer acostada en la cama, lo que resultaba más cómodo para ellos. Los Chamberlen, rápidamente pasaron a ser conocidos como los mejores “parteros”, nombre que los recientemente surgidos hombres del oficio de la obstetricia se daban a sí mismos. Muchos de estos supuestamente “expertos” no tenían siquiera formación. Algunos habían estudiado medicina, aunque no tenían conocimiento alguno de obstetricia. Aprendían a aplicar el fórceps viendo cómo lo hacía otro: prácticamente con ojos vendados. No hace falta aclarar que ocurrían muchos “accidentes”. Pese a este paradigma de hombres sin formación ni experiencia atendiendo partos, las mujeres que lo hacían corrían riesgo de ser acusadas de brujería si algo salía mal (Hutter, 2010). Posterior a los Chamberlen, fueron surgiendo otros modelos de fórceps, como el del cirujano Palfyn en 1721, quien a diferencia de los Chamberlen, viajó a París para presentar y compartir su modelo, obteniendo el reconocimiento y la admiración de la comunidad médica (Sedano, 2014)

Los siglos XVI y XVII fueron claves para la consolidación del trabajo de la matrona, pues, a partir de entonces, la matrona se encargaría de realizar los partos eutócicos, sin complicaciones, y los médicos-cirujanos los que requerían atención quirúrgica (García & García, 2005). Así como el fórceps o la auscultación, otros descubrimientos e inventos fueron surgiendo con el correr de los años, para que poco a poco la obstetricia se fuera convirtiendo en la que conocemos hoy en día.

Más adelante durante la “Edad de la Ilustración” (siglos XVII-XVIII), la que se caracterizó por el predominio de la razón, fueron surgiendo nuevas ideas e inventos, se crearon otros modelos de fórceps y describieron teorías sobre la anatomía y fisiología de la obstetricia. En 1821 el médico internista J.Alexandre Lejumeau descubre la auscultación fetal, pudiendo comprobar la vitalidad fetal, lo que se convierte en un hito de la obstetricia (Sedano, 2014).

A fines del siglo XVIII algo tan simple como un lavado de manos cambió el destino de una multitud de mujeres. Es conocido hoy que esta práctica tan simple evita la transmisión de microorganismos que pueden producir infecciones o enfermedades. La “fiebre puerperal” fue descrita por Hipócrates, pero no existe más referencia del proceso hasta la mitad del Siglo XVII y fue mencionada con esta terminología en 1716 por Edward Strother (Sedano, 2014). Antes de la llegada de la bacteriología, lo único que se sabía es que las mujeres morían de fiebre luego del parto, y las autopsias revelaron bolsas de pus en los genitales internos y el abdomen. En palabras de Hutter (2010): “*Las mujeres recién paridas se pudrían en cuestión de días*” (Huter, 2010, p.62). No sabían qué lo causaba pero algunos científicos tenían la “corazonada” de que era algo que se estaba extendiendo de una mujer a otra. Pero algo que sucedía es que la medicina aún no estaba dividida en especialidades como hoy, entonces los mismos médicos que atendían un parto, si querían podían realizar una autopsia, y luego volver a asistir otro parto sin lavarse las manos, transportando gérmenes de todo tipo. En 1847 Ignaz Philipp Semmelweiss (1818-1865), médico cirujano húngaro, que trabajaba como obstetra asistente en el Hospital General de Viena, introdujo el lavado rutinario de manos con líquido clorado, el que después cambió a lima clorinada, (Hutter, 2010; Sedano, 2014) observando con este simple acto una rápida disminución de la mortalidad materna de una 20% a un 1,3% (Hutter, 2010).

Según Hutter (2010) en 1900 sólo el 5% de las mujeres daban a luz en hospitales (cifras de Estados Unidos). En la década de 1930 lo hacían más de la mitad y hasta un 75% en lo que se refiere a las que vivían en la ciudad. Ya para la década de 1960 casi todas las mujeres embarazadas elegían parir en un hospital, atendidas

por un médico obstetra. De acuerdo a la historia relatada por Hutter (2010), muchos han atribuido este repentino cambio a una eficaz campaña por parte de los obstetras en un intento de elevar su estatus y arrebatarse el protagonismo a las parteras, pero otros lo relacionan con un cambio de valores de las mujeres, quienes se sienten más seguras teniendo a sus hijos al cuidado de expertos en clínicas de maternidad, las cuales consideran un ambiente mucho más seguro que sus domicilios (pero también un cambio radical de entorno).

(...) 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 este 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, 2010, p.77).

Innumerables “avances” subsiguieron en la atención del parto para convertirla en la que conocemos hoy en día: enormes hospitales y clínicas de maternidad inundadas de especialistas en la atención de la mujer embarazada, parturienta, puérpera y del neonato, equipadas con tecnología de punta. Inducciones farmacológicas, cesáreas coordinadas en minutos, analgesia del parto, monitorización electrónica del trabajo de parto, etc.

Claramente el avance del conocimiento científico y las tecnologías han disminuido enormemente la tasa de muerte materna desde las épocas donde las mujeres morían sépticas tras el parto. Lo que también es claro, es que el nacimiento de un hijo, con todo esto, dejó de ser un “pasaje de rito”, un acontecimiento familiar y de la comunidad. El parto hoy está incluido dentro de un modelo sanitario de enfermedad que considera a la mujer embarazada como una persona enferma que necesita atención médica, restándole así autonomía y dejando de lado el protagonismo de la mujer y la familia.

1.2 Formación de las parteras en Uruguay y el mundo

Como se narra en el capítulo anterior, las parteras han existido siempre en la historia de la humanidad, conocidas con distintos nombres y desempeñando variadas funciones en las distintas épocas y culturas. A lo largo de los siglos, la profesión de partería ha evolucionado en paralelo con los adelantos en la medicina científica, para lo que ha sido necesario que fuera evolucionando la forma en que las mismas son formadas.

En el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas firman los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (ODM), objetivos que se comprometen a tratar de alcanzar para el año 2015. Uno de estos es “Mejorar la salud materna”. (OMS, 2018). De esto surge la necesidad de deslindar el campo de acción de las parteras profesionales, a diferencia del de parteras tradicionales que carecen de formación académica (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2011). En 2004, la Organización mundial de la Salud (OMS), la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) acuerdan definir el asistente de partería cualificado como “un profesional sanitario acreditado (partero, médico o enfermero) que ha recibido una formación teórica y práctica que lo capacita para atender los embarazos, partos y puerperios normales (no complicados) y para identificar, tratar y derivar las complicaciones maternas y neonatales” (OMS, 2004; UNFPA, 2011).

En el informe “Estado de las matronas en el mundo” (ICM; OMS; & UNFPA, 2021) recabaron datos reportados por 80 países sobre diversos aspectos entre los que se incluye la educación en partería. Se establecen cuatro maneras principales de llegar a ser partera: el 41% de los países ofrecen únicamente programas con ingreso directo (se admite el ingreso de personas para llegar a ser parteras directamente, cuando se satisfacen requisitos previos de educación general). El 21% ofrecen únicamente formación a personas egresadas de una carrera en

enfermería, 6% ofrecen educación combinada de enfermería y partería y un 31% ofrecen un programa con ingreso directo y otro programa diferente.

La duración de la formación de las parteras oscila entre menos de un año y los 5 años de duración. De los 63 países que comunicaron tener un programa combinado de partería y enfermería o un programa de partería con ingreso directo, 53 (o sea un 79% del total) tienen un programa de, como mínimo, tres años de duración (ICM; OMS; & UNFPA, 2021).

Revisando los hechos y acontecimientos de manera lineal en nuestro país, vemos que la Facultad de Medicina se funda en 1875 y en mayo de 1877 se implementan los cursos de la carrera de parteras con una duración de 3 años en la que ingresan 4 estudiantes mujeres (Universidad de la República, 2011; Vigna, 2018; Lutz, 2019). La primera egresada fue Adela Peretti en 1881, convirtiéndose en la primera mujer en tener un título universitario en Uruguay. En años posteriores, la escuela se instaló en el Hospital Pasteur, donde funcionó por muchos años, para luego trasladarse a la maternidad del Hospital Pereira Rossell (Lutz, 2019). Según la autora Elvira Lutz (2019), el primer reglamento de la profesión de parteras se formuló en el año 1934 bajo la dictadura de Gabriel Terra, el cual ella describe como “plagado de prohibiciones de corte discriminatorio y misógino” a tal punto que se exige la presentación de un Certificado de vida y costumbres honestas firmado por dos personas de responsabilidad del Ministerio de Salud Pública. El artículo 4° de este reglamento especifica que el título de Partera habilita exclusivamente para la vigilancia y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, para el cuidado del recién nacido normal hasta la caída del cordón umbilical y para la difusión de preceptos de higiene obstétrica y puericultura. Cuarenta y cinco años después, en 1979, se modifica el reglamento de la profesión. Como agravante, en el artículo 3° se expresa: “El título de partera habilita exclusivamente para la atención prenatal de embarazos normales (embarazos sin riesgo) y en ausencia o a petición de otro profesional capacitado para la vigilancia y asistencia de partos, puerperios

normales y del recién nacido”. Esta modificación claramente limita el ejercicio de las parteras y las coloca en una dependencia subalterna.

En 1990 se realizó el último cambio de plan de estudios y fue homologado el título de Partera a Obstetra Partera. En 1992 fue creada la Carrera Binacional de Obstetricia, en convenio entre la Universidad Nacional de Entre Ríos (Argentina) y la Universidad de la República. Esta carrera otorga a las egresadas el título de Licenciadas en obstetricia, pudiendo ejercer tanto en Uruguay como en Argentina.

1.3 Sistemas de salud y parto domiciliario planificado en el mundo

La controversia sobre la seguridad del parto domiciliario en comparación con el hospitalario ha estado presente en nuestra sociedad desde que existen ambas opciones. A lo largo y ancho del planeta coexisten ambos tipos de nacimientos, habiendo tanto defensores acérrimos de una u otra postura como personas que nunca se lo han cuestionado, siguiendo lo que es aceptado como normal en su entorno. Más allá de las elecciones personales de cada mujer que va a parir, es también importante conocer la postura y recomendaciones de los organismos que lo regulan en los distintos países, lo que limita en ocasiones las posibilidades de cada mujer/familia. En algunos países las mujeres embarazadas tienen la opción de elegir libremente (siempre que se den las condiciones necesarias) con quién y dónde parir a sus hijos, mientras que en otras partes del mundo los paren en sus casas simplemente porque no cuentan con un centro de salud disponible en su zona. Igual de variada es la formación que reciben las parteras en los distintos lugares del mundo, incluso dentro de un mismo país.

Al hablar de parto domiciliario planificado (en adelante PDP), es imposible no pensar en Holanda. Desde 2006, el sistema de salud holandés obliga a los ciudadanos a contar con un seguro de salud, cuya calidad, accesibilidad y eficiencia es controlada por el gobierno. El sistema de cuidado materno en Holanda está dividido en atención primaria para mujeres con embarazos de bajo riesgo, y atención secundaria para mujeres con mayor riesgo de complicaciones. Los problemas complejos se atienden en hospitales universitarios (Escuriet, Pueyo, Biescas, & Espiga, 2014; de Jonge et al, 2009;). El sistema asegurador de salud promueve que las mujeres sin riesgos reciban cuidados de una matrona o un médico general durante el embarazo, utilizando el cuidado especializado (atención de obstetras) sólo cuando se presentan complicaciones (Escuriet et al, 2014). Las mujeres con embarazos de bajo riesgo pueden elegir si dar a luz en casa o en el hospital. Si bien el índice de nacimientos domiciliarios ha disminuido desde mediados de la década

de 1960', en 2009 se estima que una cuarta parte de las mujeres parieron en sus casas (CBS Statistics Netherlands, 2011). Según Escurriet et al. (2014), en los casos en que las mujeres optan por un parto domiciliario con su matrona (o médico general en algunas partes de Holanda) se asigna un profesional de enfermería que se desplaza al domicilio y es responsable de los cuidados durante los 8 días posteriores al parto. Todos los hospitales cuentan con áreas para la atención al parto de mujeres sin riesgos obstétricos, pero la opción de un parto hospitalario supone asumir el coste de la habitación del hospital.

En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se financia con los presupuestos generales del Estado e incluye en su cartera de servicios la atención al embarazo, al parto y al puerperio. En cuanto al control del embarazo de bajo riesgo, el mismo es realizado en centros de atención primaria. Los embarazos que presentan algún riesgo se atienden en hospitales (Escurriet et al, 2014). En el año 2007, el SNS aprobó la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (EAPN) en base al que se han realizado acciones para formar y sensibilizar a los profesionales y se han elaborado diferentes documentos que promueven un modelo de atención al parto y nacimiento centrado en la fisiología del proceso y en las necesidades de las mujeres y sus familias, las cuales ayudan a la incorporación de nuevas prácticas beneficiosas y a abandonar progresivamente aquellas sin evidencia sobre los beneficios que aportan o que, aplicadas de forma rutinaria, incluso podrían resultar perjudiciales. Las unidades de maternidad hospitalaria se organizan con equipos profesionales multidisciplinares que atienden a la mujer, al recién nacido y a la familia durante el parto y el nacimiento. Estructuralmente se identifican dos tipos: secuenciales (salas de dilatación, paritorio y salas de recuperación posparto) e integradas (unidades de trabajo de parto, parto y recuperación) (Escurriet et al, 2014).

En cuanto a la formación de las parteras (llamadas matronas en España) las mismas deben tener el título de enfermeras para luego realizar la especialización "Enfermería Obstétrico Ginecológica", que conlleva dos años (Asociación Española de Matronas, s.f).

La opción del parto domiciliario no está contemplada en la cartera de servicios públicos de este país; aun así, algunas mujeres eligen esta opción y son atendidas mayoritariamente por matronas (Escuriet et al, 2014). Existen asociaciones como “Nacer en casa” que acoge al 90% de los profesionales que se desempeñan en esta área (Asociación Nacer en Casa, s.f), las cuales se dedican a acompañar a las familias que deciden tener un PDP durante la preparación durante el embarazo, el día del parto y el seguimiento durante la etapa de puerperio y lactancia.

En 2017 en España se produjeron 1273 nacimientos en domicilios particulares (la fuente no especifica cuántos de estos fueron planificados así), los cuales representan un 0,32% del total (epdata, 2019). Según la Guía de Asistencia al parto en casa de Barcelona (2010), realizada por matronas, *“en todos los países y áreas donde es posible establecer un servicio de nacimiento domiciliario apoyado por un sistema hospitalario moderno, a todas las mujeres de bajo riesgo se les debería ofrecer la posibilidad de considerar la opción del parto domiciliario”* (p.8)

Analizando los países de la región, nos encontramos con que Argentina cuenta con el sistema de salud más similar al nuestro. El mismo está compuesto por tres sectores: público, de seguridad social, y privado (Belló & Becerril, 2011). El sector público se financia con recursos fiscales y presta atención gratuitamente a toda persona que lo demande. El sistema de seguro social obligatorio corresponde a las obras sociales (OS) que aseguran y prestan servicio a los trabajadores y sus familias. El sector privado está conformado por establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados (Belló & Becerril, 2011).

La asistencia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva está dada principalmente por médicos especialistas en ginecología y obstetricia (también llamados “médicos obstetras” u “obstetras”) y licenciadas en obstetricia (“parteras” u “obstétricas”). Ambas carreras tienen una duración de cuatro años, siendo la primera un posgrado de la carrera Doctor en Medicina y la segunda, una

Licenciatura con ingreso directo a partir de la culminación de estudios secundarios (viaedu, s.f).

Los nacimientos en domicilio en Argentina representaron el 0,23% en 2019 (Ministerio de Salud, 2021). El parto domiciliario es legal, amparado por la Ley N° 25.929 (2004), conocida como “Ley de Parto Humanizado”, cuya reglamentación (Decreto 2035/2015) expresa que *“cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulaci3n, posici3n, analgesia, acompa1amiento) y la v1a de nacimiento”*. Sin embargo, la asistencia domiciliaria no est1 incluida entre los servicios brindados por ninguno de los efectores de salud, por lo que los gastos implicados deben ser sostenidos por las familias (Centenera, 2020).

Finalmente podemos decir que el tipo de asistencia a los nacimientos var1a seg1n el lugar del mundo donde se den. La posibilidad de parir en casa acompa1ada por un profesional de la salud no es la misma para todas las mujeres, y la forma en que las entidades gubernamentales gestionan esta asistencia puede ser extremadamente distinta de un pa1s a otro: mientras en Holanda, las mujeres pueden parir en un hospital solo si es necesario, en Argentina es la norma. En los pa1ses donde la asistencia domiciliaria del parto no est1 contemplada en los servicios de salud, las familias deben contar con ingresos o ahorrar lo suficiente para pagarlo, si quieren estar acompa1ados por una persona preparada.

1.4 Atención al parto en Uruguay y competencias de la partera

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay el control y asistencia del proceso de parto debe realizarse en instituciones habilitadas para tal fin (MSP, 2014) donde deberá tener personal calificado y permanente para tales efectos dentro de la institución las 24 horas del día y todos los días del año. El MSP promueve el “nacimiento institucional y humanizado”, tal como lo pauta en la guía antes citada, quedando de esta manera implícitamente no recomendada la asistencia domiciliaria del parto en nuestro país.

Siguiendo los lineamientos del MSP las mujeres en proceso de parto deben ser controladas y asistidas por un equipo asistencial multidisciplinario, organizado, competente y eficiente. El mismo entiende que las obstetras parteras y los ginecólogos son los profesionales capacitados para controlar y asistir a las usuarias en proceso de trabajo de parto, parto y puerperio de bajo riesgo en las instituciones habilitadas, mientras que los Médicos de Familia, Médicos Rurales y Médicos Generales tendrán esta responsabilidad en caso de ausencia de la Obstetra Partera o Ginecólogo. Las mujeres en proceso de trabajo de parto, parto o puerperio con patologías o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas y/o perinatales, deben ser controladas y asistidas por un equipo de salud liderado por el/la Ginecólogo/a.

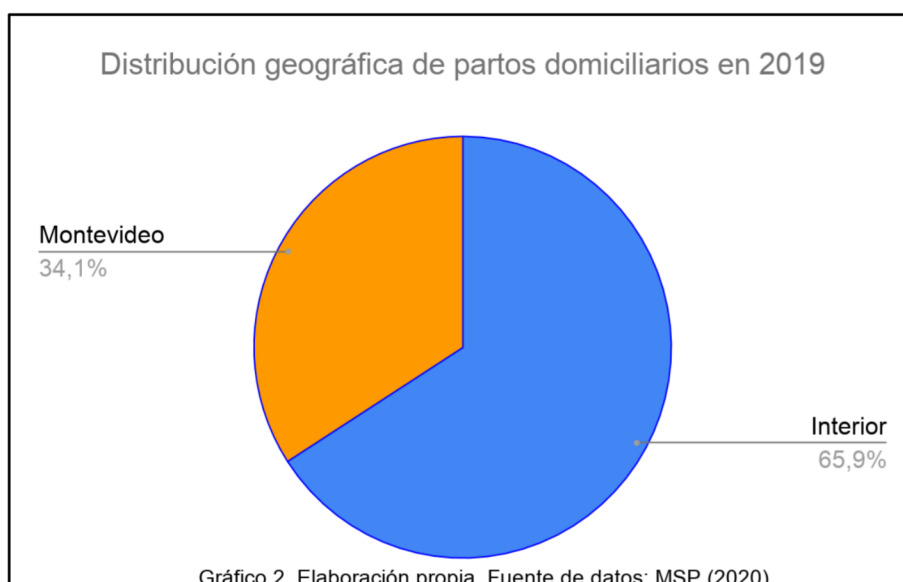
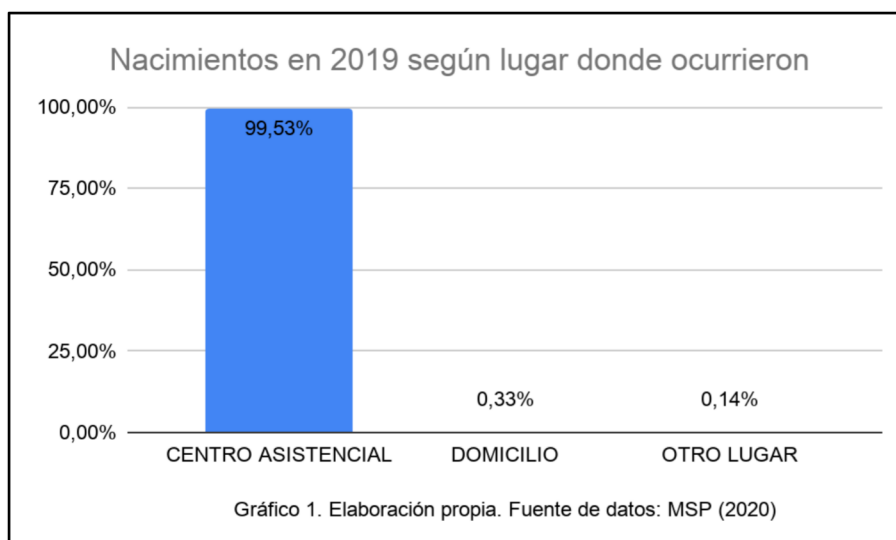
A diferencia de los partos institucionalizados, los partos domiciliarios planificados (PDP) asistidos en Uruguay, son llevados a cabo exclusivamente por Obstetras Parteras (Ferra, 2014). El reglamento del ejercicio de la profesión de partera (Decreto N° 445/007) (ver anexo 1) autoriza el libre ejercicio de las parteras dentro del territorio nacional. El artículo 3 de este habilita a estas profesionales para la atención prenatal de embarazos de bajo riesgo, asistencia de partos y puerperios de bajo riesgo y del recién nacido normal. El mismo define un embarazo de bajo riesgo como *“el que se desarrolla en una mujer sana, portadora de un huevo normal y cuya*

evolución está libre de enfermedades propias o concomitantes con la gestación y sin accidentes de clase alguna” (art. 6), y define parto de bajo riesgo como “todo parto de término que evoluciona, en sus diferentes períodos, en forma fisiológica”(art. 8).

Las parteras (llamadas así tengan uno u otro título) en nuestro país están capacitadas para proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto, y el post parto, atender los partos de bajo riesgo por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante normal.

“Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica. Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitarias, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la educación para la maternidad-paternidad, la salud sexual y reproductiva y el cuidado de los hijos.” (Universidad de la República, s.f)

En el año 2019 hubo 37472 nacimientos en Uruguay. Del total de estos, 55,24% fueron partos vaginales, lo que deja un restante de 44,76% de cesáreas (MSP, 2020). Estas cifras distan enormemente de las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes consideran que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% (OMS, 2015). El 40,61% de los partos vaginales fueron asistidos por parteras. A continuación se exponen algunos datos de relevancia referentes al parto domiciliario en nuestro país en 2019.



Como se puede observar, los partos que tuvieron lugar en domicilio alcanzan un porcentaje muy bajo del total de los nacimientos ocurridos en el año. Las cifras proporcionadas por el MSP son tomadas de los datos de los certificados de nacidos vivos (CNV), el cual realiza el profesional que estuvo a cargo de la asistencia del parto (ver anexo 1). Al momento de efectuar dicho registro, se debe incluir el lugar de ocurrencia del nacimiento, para lo cual se encuentran las opciones “centro asistencial”, “domicilio” u “otros”. En ninguna de las variables es posible registrar si el nacimiento había sido planificado para ocurrir en tales circunstancias, por lo que la cifra de partos domiciliarios no es representativa de la cantidad real de mujeres que tuvieron su parto en casa por elección. Lo que sí se puede asumir es que de

ese 0,33% de partos domiciliarios, solo algunos fueron partos domiciliarios planificados.

Actualmente el CNV se realiza de manera electrónica mediante el sitio web del MSP, lo que ya reserva al recién nacido un número de cédula de identidad. Previo a la implementación de esto, los CNV se hacían en formato papel. Las parteras que asisten partos domiciliarios de manera independiente aún lo llevan a cabo de esta manera (Obstetra Partera, com. telef. 17/11/2020), lo que conlleva una demora en la inscripción del recién nacido en el sistema de registro civil.

En suma, en nuestro país las parteras están habilitadas legalmente para ejercer su profesión dentro o fuera de una institución de salud, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en el reglamento de ejercicio de la profesión. Uruguay presenta tasas muy bajas de partos domiciliarios y asimismo el sistema de registro no contempla la voluntad de los progenitores respecto al lugar de nacimiento de sus hijos, por lo que no es posible conocer en cifras los casos de las mujeres/parejas que optan por un parto domiciliario.

CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES DEL TEMA

En este capítulo se abordará el tema del parto domiciliario desde distintas perspectivas que más adelante serán puntapié para la discusión de los resultados hallados en el trabajo de campo de esta investigación.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los resultados perinatales del parto planificado para ocurrir en domicilio en comparación del hospitalario (también planificado para ocurrir en tal lugar). A raíz de la revisión de este tema, se verá que los resultados de las investigaciones están muy condicionados por la posibilidad de obtener datos fiables, ya que en algunos países no se tiene en cuenta, a la hora de registrar un parto domiciliario, si los progenitores y el personal que lo asistió había planificado que el mismo ocurriera en esas condiciones. Cabe destacar que en nuestro país no hay datos oficiales de los partos que ocurren en domicilio por planificación.

Por otro lado, se revisaron investigaciones que buscaban conocer el perfil de las mujeres/ parejas que optan por un parto en domicilio. Los estudios tomados para este apartado son de dos países de sudamérica, realizados en ciudades con distintas características demográficas y económicas, lo que revela que no existe un único perfil de mujeres que opten por esta opción. Una vez más, no fue posible obtener datos de este aspecto para Uruguay, ya que no existen investigaciones al respecto.

Más adelante se podrán leer antecedentes que abordan la preparación para el parto, tanto por parte de la mujer embarazada como de su acompañante (quien generalmente es la pareja). De estas categorías se destacan la importancia que tiene para las gestantes contar con el apoyo de la pareja y la necesidad de preparar a esta para que pueda realizar un acompañamiento de calidad durante el proceso de nacimiento de su hijo/a.

En última instancia se realizó una revisión de investigaciones sobre la vivencia de mujeres que han parido en el sistema hospitalario y en domicilio. Se abordan ambos tipos de experiencias y se las compara desde una perspectiva de resultados obstétricos y de la postura subjetiva de las participantes. De dicha revisión se puede concluir que las mujeres que pasaron por ambas experiencias, en su mayoría, prefieren el parto domiciliario al hospitalario.

2.1 Resultados perinatales según el lugar donde ocurre el parto: domicilio particular o centro sanitario.

En este apartado se revisarán una serie de estudios cuantitativos recientes del mundo occidental, que buscan ilustrar las diferencias en los resultados perinatales entre el parto domiciliario y en el hospital. Como se verá, dependiendo del sistema de registro de partos de cada país, los datos que se pueden obtener son distintos, lo que puede significar un beneficio o una dificultad para las investigaciones, pudiendo ser más o menos confiables y comparables los resultados obtenidos. Se verá además que existen diferencias significativas entre los estudios en cuanto a la mortalidad neonatal en el parto domiciliario.

Un reciente estudio de cohorte evaluó los partos ocurridos en el estado de Oregon (Estados Unidos) en los años 2012 y 2013. El sistema de registro de este estado permite desglosar los nacimientos según fueron planeados para ocurrir en el hospital o en el domicilio. Se observó que el grupo de parto domiciliario en comparación con el de parto hospitalario, presentó un aumento en los siguientes indicadores: la tasa de muerte perinatal (3,9/1.000 contra 1,8/1.000), la tasa de convulsiones neonatales (1,3/1.000 contra 0,4/1.000) y la necesidad de transfusiones maternas (0,6% contra 0,4%). Sin embargo, hay una disminución en: la tasa de parto vaginal asistido (1% contra 3%), la tasa de cesárea (5,3% contra 23,4%), la inducción y aceleración del trabajo de parto (Snowden, Tilden, Snyder, Quigley, Caughey, & Cheng, 2015).

En cambio, una investigación cuantitativa realizada por Ruiz, Romero, y Fontanillo (2012) muestra algunos resultados distintos. La misma analiza partos que tuvieron lugar entre 1995 y 2000 en ese España. A diferencia del sistema de registro del estado de Oregon, el de España diferencia si los partos ocurrieron en domicilio particular o institución, pero no si fueron planificados de esa manera. Es por esto que los partos domiciliarios que fueron incluidos en este estudio fueron aquellos que

cumplían con las siguientes tres condiciones: ser partos únicos, a término y haber sido asistidos por profesionales sanitarios, condiciones básicas de seguridad para planificar un parto en casa. La investigación concluye que no hay diferencias estadísticamente significativas en relación con la mortalidad del feto o el recién nacido entre los partos únicos asistidos a término en domicilio particular y los partos de las mismas características atendidos en centro sanitario. En el período estudiado ocurrieron 23 muertes del feto o del recién nacido (hasta las primeras 24 horas de vida) sobre un total de 14.614 partos únicos asistidos a término en domicilio particular (1,57/1.000) mientras que el número de muertes en partos de las mismas características ocurridos en centros sanitarios fue de 7.548 sobre un total de 4.716.956 partos (1,60/1000). (Ruiz et al, 2012).

Estos dos estudios muestran resultados diferentes en cuanto a la mortalidad neonatal. El segundo estudia una muestra más grande al abarcar todo un país y más periodos de tiempo. Sin embargo, se puede saber con certeza que en el primero se incluyeron solamente casos de partos que habían sido planificados para ocurrir en el domicilio. En el estudio de Ruiz et al (2012) se intentó abarcar un universo de casos que reuniera características tales que se pudiera intuir que el parto fue planificado en casa, sin embargo, no fue posible excluir todos los partos de riesgo ocurridos en casa o en centro sanitario, lo que pudo haber arrojado resultados distintos de haber contado con una base de datos más específica.

Por otro lado, un meta análisis llevado a cabo por González y Buñuel (2010) que revisa artículos de Canadá, Estados Unidos, Holanda, Australia, Suecia y Suiza y analiza datos desde 1945 hasta 2009 revela un aumento tres veces mayor de la mortalidad en el recién nacido en los partos ocurridos en domicilio en comparación con los ocurridos en hospital. No obstante, otro de los resultados principales del estudio fue la detección de diferencias significativas en el parto domiciliario (frente al parto hospitalario) como: menos intervenciones en la madre (epidural, monitorización cardiotocográfica, episiotomía, parto instrumental y cesárea) y menor morbilidad (infecciones, hemorragias y laceraciones). En el recién nacido también se observan beneficios: menos prematuridad y bajo peso y más post-términos.

En suma, los distintos estudios internacionales presentados coinciden en que en el parto domiciliario se presentan los siguientes beneficios: menos intervenciones en el proceso, menor tasa de cesáreas y menor morbilidad. Sin embargo, existen diferencias entre las cifras de mortalidad neonatal. En el estudio español, como se vio anteriormente, no se encuentran diferencias significativas en este aspecto, mientras que el meta análisis presentado en última instancia evidencia un riesgo tres veces mayor cuando el parto ocurre en el domicilio. Se debe tener en cuenta los períodos que abarcan los distintos estudios, siendo que el último toma datos desde 1945, momento en el que varios de los países estudiados acababan de vivir años de guerra. La tecnología disponible, la formación de los recursos humanos, el acceso a la información y por consiguiente los motivos por los cuales las mujeres parían en casa, no eran los mismos que hoy en día.

En Uruguay no hay datos que demuestren qué tan seguro es para la madre y el feto/recién nacido el parto domiciliario planificado. En su trabajo final de grado “Resultados perinatales en el parto domiciliario planificado, asistidos por obstetras parteras en el Uruguay- Un camino que une el arte y la ciencia” (2014) la autora Sabrina Callero expone datos de parto domiciliario en Uruguay, aportados por la Asociación Civil Nacer Mejor, quienes entre 1998 y 2011 cuentan un 81,5% de partos asistidos en domicilio del total de partos planificados (211 en total). El restante 18,5% correspondió a traslados a instituciones sanitarias, de los cuales un 7% finalizó en un parto vaginal normal, un 1,9% en parto vaginal con fórceps y un 9,4% en cesárea. De las mujeres que tuvieron su parto en el domicilio, sólo al 10,5% se les realizó episiotomía (Callero, 2014).

Comparando estas cifras con los resultados perinatales en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), principal maternidad del sistema de salud pública en nuestro país, se constata que en 2018 el 69,2% de los nacimientos fueron por parto vaginal espontáneo, con fórceps el 1,75% y las cesáreas alcanzaron el 29,02%. De los partos vaginales, en un 19% de los casos se realizó episiotomía (Centro Hospitalario Pereira Rossell [CHPR], 2018).

Si bien la comparación muestra cifras muy dispares, se debe tener en cuenta que para la inclusión de las mujeres en la planificación de un parto domiciliario, la misma debe cumplir con ciertas características que la categoricen como de bajo riesgo, por lo cual es menos probable obtener malos resultados perinatales en domicilio que en una maternidad de referencia como lo es la del CHPR, en donde en 2018, el 60% de los nacimientos se catalogaron como de riesgo (CHPR, 2018).

En conclusión, la forma en que se registran los nacimientos por los organismos responsables de cada país, hace que las investigaciones puedan estar sesgadas al no poder tener datos precisos. En Uruguay no existen estudios que evalúen la seguridad del parto domiciliario planificado asistido por personal calificado. De los estudios internacionales surgen conclusiones que coinciden en algunos aspectos y difieren enormemente en otros, como las cifras de muerte neonatal. Hacen falta estudios en nuestro país que sirvan a las mujeres/parejas a tomar una decisión consciente e informada sobre el lugar de nacimiento de sus hijos.

2.2 Perfil de mujeres que eligen el parto domiciliario planificado

En este apartado se revisarán estudios sobre el perfil de las mujeres que optan por el parto domiciliario planificado (en adelante PDP). En Uruguay no existen estudios al respecto, por lo que se han utilizado trabajos realizados en otros países de Sudamérica.

Silveira, Monticelli y Knobel (2013) plantean y cuestionan en su trabajo la estigmatización de las parejas que optan por el parto domiciliario, llamados por adjetivos despectivos o discriminantes como “hippies” o “*naturebas*¹” por parte familias o personas no adeptas a esta práctica, así como tratados de “alienados” o “irresponsables” por profesionales de la salud que critican el parto domiciliario. Esta investigación cuali-cuantitativa de carácter exploratorio-descriptivo analiza entrevistas realizadas a 25 parejas que tuvieron un PDP en Florianópolis-Brasil asistidos por enfermeras obstétricas en el periodo de agosto de 2010 a mayo de 2011. En cuanto a las características sociodemográficas los datos muestran que la franja etaria de las 25 mujeres varió de 19 a 38 años de edad, siendo la mayoría de entre 20 y 29 años (Silveira et al, 2013). En cuanto al nivel educativo, la mayoría de mujeres cursó o cursa estudios terciarios (24 de las 25) y más de la mitad trabaja en lo que se formó. Los resultados de esta investigación muestran que quienes optan por el PDP son personas que tienen acceso a la información y poseen un alto nivel de instrucción académica, lo que posiblemente les garantice una rentabilidad que les permite el acceso a la contratación de un servicio particular de asistencia al parto domiciliario, algo que el Sistema Único de Salud (SUS) brasileiro no subsidia.

¹ En portugués, es un término informal que se refiere a quien sigue una alimentación natural, con menos conservantes, a base de frutas, legumbres y otros productos, semejante a “naturalista” en español.

De igual manera, en 2010, Colacioppo, Duarte, González, Schneck, & Hitomi publicaron en el mismo país otro estudio que recoge datos de 70 PDP, también atendidos por enfermeras obstétricas de un grupo llamado “Primaluz Parteiros Contemporâneas”, que se dedican a la asistencia de partos en domicilio. Los casos estudiados fueron de partos ocurridos en el interior del estado de Sao Paulo, entre abril de 2005 y mayo de 2009. En el mismo, el 30% de las mujeres tenía entre 25 y 29 años, y el 52,8% entre 30 y 34 (Colacioppo et al, 2010). En cuanto al nivel educativo, todas las mujeres tenían por lo menos educación secundaria aprobada y 71,4% de ellas, educación terciaria. Ambas investigaciones coinciden en que el perfil de las mujeres que optan por un PDP son adultas, de entre 20 y 34 años, con un alto nivel educativo y estabilidad económica.

Sin embargo, un estudio realizado en El Callao (Lima-Perú) por Tarqui y Barreda (2005) muestra algunos datos totalmente distintos. Se tomaron como muestra 52 mujeres cuyo último parto había sido un PDP. La edad promedio fue 28 años. Respecto al nivel educativo, un 42,3 % contaba con estudios primarios y 48,1% con educación secundaria. Un 7,7% de las mujeres no contaba con ningún estudio. El 92,3 % de las mujeres procedían de una zona rural. El 50% de ellas era ama de casa. El 87,3% de las familias no tienen seguro social y el ingreso aproximado mensual fue de 410 nuevos soles (aproximadamente 125 dólares americanos) (Tarqui y Barreda, 2005).

El lugar donde fue realizada esta investigación es Ventanilla, el segundo distrito más poblado de la provincia del Callao, representando el 31,7% de su población, con una densidad de 4,292.71 hab/km². El 93,4% vive en la extrema pobreza (Municipalidad Distrital de Ventanilla, 2020).

“84% de las viviendas tienen características de extrema indigencia, construidas con esteras, palos y cartones, el otro 16 % tiene viviendas de materiales provisionales. No contaban con servicios de agua, luz y desagüe al momento del estudio y el inicio de una precaria red de salud, debido a la creación sin planificación de este nuevo centro urbano” (Tarqui y Barreda, 2005, p.110).

Por el contrario, Florianópolis, ciudad donde se realizó el primer estudio citado en este apartado, posee una densidad de 623,68 hab/km² y un índice de escolarización del 98,4% (Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, s.f). Está ubicado en el Estado de Santa Catarina, el cual posee el menor porcentaje de pobreza de todo Brasil (8%, y 1,4% de pobreza extrema) (Gobierno de Santa Catarina, 2018). Sin intenciones de ahondar en la demografía y economía de los distintos lugares donde se realizaron las investigaciones, se pretende evidenciar las diferencias culturales y económicas y situaciones particulares de los individuos estudiados.

En resumen, estas diferencias nos demuestran que no existe un único perfil de mujeres o familias que eligen tener su parto en el domicilio. Los diferentes factores que se asocian con la decisión de optar por la atención de parto en el domicilio son de diversa índole, y varían según el lugar de residencia de la familia (pautas culturales, acceso a servicios de salud), estilos de vida, convicciones personales o tradiciones. También se puede concluir que no todas las mujeres optan por un parto domiciliario por los mismos motivos, ya que para algunas es una de las opciones y para otras, la única.

2.3 Preparación para el nacimiento

A continuación se exponen una serie de investigaciones que abordan la preparación para el nacimiento, tanto por parte de la gestante como de su pareja. Todos los estudios concuerdan en la relevancia de la preparación de ambos para una mejor experiencia del parto.

Vidal, Reyes, Fernández, González, Acosta, y Yero (2012) realizaron un estudio en Cuba con el objetivo de determinar la seguridad y satisfacción de las mujeres gestantes al recibir un curso básico de preparación psicofísica para el parto. Se llevaron a cabo entrevistas a cada mujer para determinar el nivel de conocimiento acerca de la preparación psicofísica previo a realizar las clases y al finalizar el curso (durante la gestación), así como para conocer su seguridad y satisfacción con lo aprendido y su utilidad en la labor de parto.

En esta investigación se constató que antes de comenzar el curso el 68% de las mujeres manifestaron no tener conocimientos sobre preparación psicofísica. Después de aplicado el curso, el 86,7% de las gestantes asumieron estar capacitadas para realizar los ejercicios fuera de las clases. Llamativamente, esta cifra asciende a 98% de satisfacción al analizar la seguridad y satisfacción sobre la base de la aplicación, en el trabajo de parto, de los conocimientos adquiridos en el curso (Vidal et al, 2012). Estas mujeres refieren que recordaron todos los ejercicios aprendidos cuando estuvieron en trabajo de parto y pudieron aplicarlos. Otro estudio coincide en señalar como facilitador de la experiencia de parto el respeto y el apoyo incondicional por parte de la pareja, y el vínculo formado con la partera con énfasis en la relación a la confianza, la utilización de técnicas no farmacológicas para alivio del dolor, y por último, ser una guía y apoyo para ambos (Muñoz et al, 2018a).

En el estudio de Vidal et al (2012) se observa que las mujeres multíparas nunca habían obtenido información en el desarrollo del embarazo, sino que solo contaban con sus experiencias previas. Esto, señalan los autores, coincide con otros estudios

que plantean que la preparación psicofísica en el embarazo es un programa poco popularizado a pesar de contar con varios medios de divulgación.

Por último, señala la importancia de la participación de la pareja o compañero en estas clases para poder apoyar a la gestante en el momento del trabajo de parto. De igual modo, Muñoz et al (2018b) mencionan en su trabajo que las mujeres destacan la importancia de la involucración y preparación de la pareja. En esta misma línea, Muñoz et al (2018a) llevaron a cabo un estudio que busca explorar y tomar acciones en base a las necesidades manifestadas por los varones-padres en cuanto a la preparación para acompañar, apoyar y contener a la mujer gestante durante el embarazo y nacimiento. Se utilizó la técnica de Investigación-acción. Las tres fases de la misma fueron: conocer la realidad de los participantes y levantar los temas generativos (fase exploratoria); implementar la preparación con sesiones educativas (fase de intervención), y validar la intervención en conjunto investigador-participante (fase de evaluación).

Las expectativas de los padres estaban relacionadas con un deseo de acompañamiento, de apoyo físico y emocional a la mujer, y también de ser partícipes del proceso sintiéndose útiles, ayudando en todo lo que pudieran, por lo que la demanda era de herramientas que le fueran útiles como acompañante. Otras expectativas que surgieron fueron: la necesidad de mantener el control en distintas situaciones límites para poder ofrecer contención y seguridad a la mujer, sobre todo durante el trabajo de parto, saber más acerca del proceso de parto, su inicio, duración y etapas y, por último, ser valorados y reconocidos en sus necesidades durante el proceso (Muñoz et al, 2018a).

Luego de la fase de intervención donde se implementaron herramientas varias con fines educativos, se dio la fase de evaluación, en la que los padres refirieron haber alcanzado una mayor comprensión de lo que viven la mujer y su hijo en el útero. Sin embargo, el beneficio principal fue el conocimiento que los padres y las madres adquirieron como pareja sobre las necesidades de la mujer en el parto, y sobre cómo el padre puede contribuir a su bienestar. Este estudio permitió relevar el rol

del padre y empoderarlo en su rol paterno y de acompañamiento durante el proceso de parto. Los autores concluyen que un nacimiento que se vive en familia, y con la participación activa del padre, puede tener un impacto futuro en la salud mental y en los procesos de vinculación familiar saludable.

En resumen, los estudios concluyen la relevancia de la preparación física y psicológica de la mujer gestante y sus parejas con objeto de adquirir herramientas teóricas y prácticas que les permitan transitar el embarazo y el parto de una manera más satisfactoria. Se destaca la importancia que reviste para las mujeres que sus parejas sean partícipes del proceso y reciban preparación para acompañarlas. Los varones que participan activamente de estas actividades manifiestan satisfacción al sentirse útiles y protagonistas en el proceso de gestación y nacimiento de sus hijos/as.

2.4 Acompañamiento durante el parto

El siguiente apartado consta de una revisión de estudios que abordan los beneficios para la madre y el recién nacido de contar con un acompañante de continuo y entrenado en el momento del parto. Se mencionan las distintas dimensiones que contempla este tipo de acompañamiento y quiénes son las personas indicadas para cumplir este rol.

Una revisión bibliográfica (Márquez, 2011) propone cuatro dimensiones que conforman un apoyo continuo y personalizado:

- Apoyo informativo, que consiste en acercar a la mujer la información que requiera en todas las etapas o intervenciones en una terminología comprensible.
- Apoyo físico o tangible, que se trata de ofrecer todas aquellas medidas que ayudan a mejorar el confort y la comodidad así como ofrecer medidas de alivio del malestar o dolor como son las técnicas respiratorias, los masajes, la movilidad y los cambios posturales.
- Apoyo emocional, consistente en la asistencia continua presencial en el parto, mantener una actitud empática, amable y paciente. También se debe cuidar el lenguaje verbal y no verbal y potenciar la autoconfianza de la mujer.
- Representación: se basa en ayudar a que la mujer pueda expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás.

Como beneficios del acompañamiento, cuando este es dado por una persona entrenada, en este estudio se destaca la reducción de la necesidad de medicación para el dolor, de oxitócicos, de partos instrumentales y de cesáreas. También se encontró que resultaron un menor número de recién nacidos con test de Apgar menor a 7 a los 5 minutos de vida, una ligera disminución en la duración del trabajo de parto (Márquez, 2011). El acompañamiento continuo demostró producir efectos positivos en el estado de ánimo, como son la reducción de la ansiedad, aumento del autocontrol y, aumento del índice de inicio de la lactancia materna.

Como acompañantes ideales para el parto se incluye a la pareja, la partera (Márquez, 2011; Vidal et al, 2012; Muñoz et al, 2018b) y a la doula (Márquez, 2011). Las evidencias indican que las mujeres que reciben cuidados continuos de sus parteras presentan partos de mejor evolución física y emocional, y valoran como muy positiva la atención y los cuidados emocionales prestados por estas (Márquez, 2011). Cabe volver a mencionar que para estos resultados el acompañamiento debe ser continuo, lo que en las instituciones no siempre es posible, ya sea por escaso personal o porque la partera debe atender más de una mujer a la vez o realizar otras tareas.

Por otro lado, el acompañamiento por parte de doulas se relaciona con un menor tiempo de trabajo de parto, menor uso de medicación para alivio del dolor, menos partos instrumentales y cesáreas (en primigestas sanas a término). A las 6 semanas tras parto tenían más tiempo de lactancia materna efectiva, mejor autoestima, menos depresión, y mejor valoración hacia su capacidad para cuidar a sus hijos. A su vez, se destaca que para las mujeres que fueron acompañadas por doulas, fue una experiencia positiva y valoran el parto como menos difícil y doloroso (Márquez, 2011).

Por último, y como se menciona en el apartado anterior, la pareja es la persona más elegida por las mujeres para el acompañamiento en el parto (Márquez, 2011). La revisión llevada a cabo por el autor menciona que normalmente la mujer y su pareja no desean la presencia de más familiares porque lo viven como una intromisión en la intimidad. El acompañamiento de la pareja se asocia con un soporte emocional suficiente, pues la mera presencia de éste hace que la mujer se sienta más relajada y tenga mejor autocontrol de la ansiedad/miedo. Las mujeres gestantes quieren que la pareja sea su acompañante por la necesidad de compartir la experiencia y reforzar los lazos afectivos entre ellos. También para que éste sea testigo del nacimiento y tenga un contacto temprano con el bebé, fortaleciendo el lazo afectivo con éste y sintiéndose más comprometido en su cuidado, crianza y protección. Como se evidenció en el apartado anterior, para que el acompañamiento por parte

de la pareja sea beneficioso, la misma debe estar preparada previamente (Muñoz et al, 2018b).

En resumen, el acompañamiento en el momento del parto es física y psicológicamente beneficioso para la mujer, y se relaciona con mejores resultados obstétricos. Para que el acompañamiento sea efectivo, el mismo debe ser continuo y además el acompañante debe ser una persona entrenada, ya sea un profesional de la salud como la partera, o la pareja de la gestante, si fue previamente preparada para ser un apoyo eficiente. También podríamos decir que un acompañante de estas características sería beneficioso también para el personal de salud cuando el parto es institucionalizado, ya que el mismo configura un apoyo adicional para el profesional que la asiste.

2.5 Vivencia de mujeres en el parto hospitalario y domiciliario

A continuación se lleva a cabo un análisis y comparación de vivencias de mujeres que parieron en el domicilio y aquellas que parieron en una institución. Se analizan los siguientes aspectos: factores que influyen en la decisión de un parto domiciliario, experiencias de las mujeres en ambos tipos de asistencia y factores asociados a la satisfacción materna con la experiencia del nacimiento de su hijo.

En primera instancia, analizaremos un estudio en el que se entrevistaron mujeres que habían tenido una asistencia del parto personalizada, tanto si el nacimiento fue planificado para darse en casa como en una institución. En cuanto a la decisión de optar por un parto personalizado, Muñoz et al (2018a) encuentran que existen factores relacionados a un interés personal como también una influencia externa. Entre los aspectos personales que tienen influencia en la decisión se encuentran que la mujer buscó lectura especializada, poseía una formación como profesional de salud, o bien, deseaba modificar su experiencia negativa anterior. La influencia de terceros estuvo presente en historias de mujeres cercanas como madre y/o hermanas e información proporcionada por la partera. Las participantes hicieron énfasis en que el sistema hospitalario no ofrece las garantías de un parto natural.

Respecto a la preparación para el parto, las mujeres relatan la búsqueda de un equipo médico que les asegure respetar su plan de parto, tanto en sus expectativas como necesidades (Muñoz et al, 2018a). En este estudio se encontró que todas las mujeres destacaron la importancia de la preparación de la pareja. Las mismas valoran mucho el apoyo y contención de ésta, quien refieren que estuvo presente no solamente en el momento del nacimiento sino también en el embarazo y postparto.

Por otro lado, en el estudio llevado a cabo por Delgado, Sampaio y Barros (2007) se entrevistaron mujeres multíparas que habían tenido partos institucionales y domiciliarios. Al preguntarles cuál preferían y por qué, seis de siete mujeres optaron

por el parto domiciliario (PD) por diversas razones, entre ellas: menor tiempo de trabajo de parto, menos intervenciones, contar con la presencia de familiares, y tener más libertad de movimiento y de emitir sonidos durante el dolor de las contracciones uterinas (Delgado et al, 2007). Las mujeres destacan como aspectos favorables en el parto, tanto domiciliario como institucional, el respeto y el apoyo incondicional por parte de la pareja y el vínculo formado con la partera (sobre todo en cuanto a la confianza, la utilización de técnicas no farmacológicas para alivio del dolor, y ser una guía y apoyo para ambos) (Muñoz et al, 2018a).

Respecto al hospital, las mujeres refieren que el trabajo de parto es más largo, se les realizan muchos tactos vaginales, no poseen libre movimiento y son trasladadas varias veces de una sala a otra (Delgado et al, 2007). Muñoz et al (2018a) también mencionan intervenciones realizadas en el hospital que las participantes catalogan como innecesarias, como monitoreos fetales y tactos vaginales frecuentes, considerándolos hechos muy desagradables.

En cuanto a la satisfacción materna con el nacimiento de su hijo/a, se encontró que la misma es un fenómeno complejo el cual se integra de múltiples componentes. La satisfacción guarda correlación con el autocontrol y las expectativas (García y Medina, 2009). Sobre lo primero, los autores explican que la poca preparación prenatal de la mujer puede condicionar que el control sobre sus emociones y acciones se vea reducido debido la poca información que posee al momento de llegar al trabajo de parto y el parto. Referente a las expectativas, concluyen que mientras más se cumplen con las expectativas de las mujeres, más satisfechas están con la experiencia del nacimiento de su hijo.

Por último, Muñoz et al (2018a) encuentran que:

“las mujeres consideran el parto como una experiencia de plenitud de lo femenino, sintiéndolo una vivencia multidimensional y desde la particularidad de sus protagonistas (...) lo describen como un renacer, un proceso sanador,

natural, animal, recomendable y siendo una experiencia límite, porque no se tiene pleno control” (p. 588).

En resumen, podemos decir que las mujeres que han tenido ambos tipos de experiencias respecto al lugar del parto, prefieren el domicilio. En el mismo se atienden de manera particular las necesidades de la mujer, su pareja, y la familia. El mismo posee ventajas para la mujer como la libertad de movimiento, autonomía, sensación de seguridad y tener provistas las necesidades afectivas. El parto, cuando es asistido por profesionales que atienden a los aspectos físicos como emocionales, respetando los tiempos, la fisiología, y deseos de la mujer, resulta una experiencia positiva para ella.

CAPÍTULO 3: OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

-Conocer cómo fue la vivencia de mujeres que planificaron su parto en domicilio asistidas por Obstetras Parteras

3.2 Objetivos específicos

- Indagar los motivos por los que las mujeres deciden planificar su parto en el domicilio.
- Determinar cómo tomaron contacto con la/las Obstetras Parteras.
- Descubrir qué ha generado esta vivencia en las mujeres y sus familias durante el proceso.
- Comparar las expectativas previas con la experiencia vivida en el parto y posparto.

CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÓGICO

Este es un estudio cualitativo, el cual por definición, analiza múltiples realidades subjetivas (Hernández et al, 2014). El diseño utilizado fue el fenomenológico, por considerarse el más apropiado para el cumplimiento de los objetivos. Este tipo de diseño tiene como propósito principal explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno (en este caso la planificación de un parto domiciliario) y descubrir los elementos en común de tales vivencias (Hernández et al, 2014).

En primera instancia se realizó una revisión bibliográfica profunda sobre el tema. Se conformó el marco referencial y parte de los antecedentes. Luego se procedió al trabajo de campo. La recolección de datos fue por medio de entrevistas en profundidad (anexo 5), las cuales buscan la comprensión de las perspectivas de éstos respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Debido a la situación de emergencia sanitaria (por la pandemia de Coronavirus) en la que se contextualiza este trabajo, las entrevistas fueron realizadas por una plataforma de videoconferencia.

Los criterios de inclusión para la muestra fueron: mujeres mayores de edad residentes en Uruguay, que hubieran planificado su parto en domicilio junto con parteras, incluyendo las que lo hayan logrado llevar a cabo en su casa como las que debieron ser trasladadas en alguna parte del proceso. Se intentó que la muestra fuera heterogénea e incluyera: mujeres que cuenten con cobertura de salud pública y privada, así como mujeres que sean primíparas y que hayan tenido previamente un parto, sea hospitalario o domiciliario.

Como criterio de exclusión se establecieron nacimientos de pretérmino o que hayan desencadenado en muerte perinatal y aquellos casos en que la mujer estuviera nuevamente embarazada.

La captación de la muestra se realizó a través de la red social Facebook, difundiendo la investigación en grupos de partos respetados, partos domiciliarios, etc. (anexo 3).

El enfoque cualitativo no tiene una secuencia lineal (se pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de los datos), lo que permitió el desarrollo de este trabajo. que requirió volver sobre los pasos ya realizados. En primera instancia, las preguntas planteadas fueron:

- ¿Cuáles son los motivos que llevan a una mujer a planificar el parto en su domicilio?
- ¿Cómo fue la vivencia del nacimiento en las mujeres entrevistadas?
- ¿Qué grado de satisfacción tienen con la experiencia vivida, en base a sus expectativas previas?

Con el transcurrir de la investigación fueron emergiendo nuevas preguntas como:

- ¿Cómo es el trato del personal de salud de las instituciones a las mujeres cuando estas planifican un parto domiciliario?
- ¿Qué diferencia hay entre el vínculo establecido entre las mujeres con la partera que las acompaña en la planificación del parto y con los demás profesionales de la salud?

Una vez realizadas las entrevistas, que fueron grabadas en formato de video, se transcribieron en archivos de texto. Se procedió a la lectura de las mismas y la creación de las dimensiones de análisis, que buscaban contestar las preguntas de investigación.

Luego de finalizado el análisis, se debió retomar la revisión bibliográfica para poder contraponer algunos de los resultados obtenidos con investigaciones previas. Posteriormente se procedió a revisar minuciosamente el análisis realizado y complementar el mismo con los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica anteriormente mencionada.

En última instancia se realizó una tarea de reflexión y escritura de las conclusiones del trabajo.

PARTE II

CAPÍTULO 5: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan y analizan los datos recabados en el trabajo de campo y se contraponen con los resultados expuestos en el capítulo 2 (Antecedentes del tema). Se realizaron entrevistas abiertas a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. La pauta de entrevista se puede ver en el anexo 4.

Se trabajó con una muestra de siete mujeres que planificaron un parto domiciliario con parteras. La edad promedio de las participantes fue de 33 años (menor edad: 30 años; mayor edad: 37 años). Este resultado difiere del obtenido por Silveira et al (2013), cuya muestra estuvo compuesta por mujeres que se encontraban entre los 19 y 38 años de edad, y la mayoría de éstas entre los 20 y 29. En cuanto al máximo nivel educativo alcanzado, una participante contaba con terciaria completa, 3 con terciaria incompleta y 3 con secundaria incompleta, lo cual también difiere con los resultados obtenidos por Colacioppo et al (2010) y Silveira et al (2013), cuyas investigaciones arrojan como resultado mujeres con mayor alto nivel educativo

La muestra fue heterogénea en los siguientes aspectos: 5 de las participantes residen en distintas partes del interior del país y dos en la capital. El tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista varió desde un mes y tres semanas a diez meses y veinte días. En cuanto al tipo de prestación de servicio de salud, tres de ellas estaban afiliadas a alguna institución privada y cuatro se atendían en el sistema público. Respecto a la paridad, cuatro tenían un parto anterior (tres en instituciones y una en domicilio), una tenía dos cesáreas previas y las otras dos no tenían hijos. Por último, de las siete mujeres que componen la muestra, cinco lograron llevar a cabo el parto domiciliario y dos debieron ser trasladadas a la institución en alguna parte del proceso. Una de las mujeres trasladadas tuvo un parto vaginal en el hospital y la otra finalizó su embarazo por

medio de una cesárea. De las cinco participantes que concluyeron el parto en su domicilio, tres de ellas fueron asistidas por la/s partera/s, y dos de ellas no (en ambos casos el parto se dio más rápido de lo previsto y las parteras no llegaron a tiempo).

Para el procesamiento de los datos obtenidos se formaron tres grandes dimensiones o categorías de análisis, las cuales pretendían dar respuesta a las preguntas de investigación y cumplir los objetivos de este trabajo. Las dimensiones que surgieron fueron:

- Motivaciones, la cual trata sobre los motivos por lo que las mujeres decidieron planificar un parto en domicilio.
- Vínculos, que muestra la relación de la mujer con la(s) partera(s) con quien(es) planificó el parto domiciliario, con el personal de salud que las atendió durante el embarazo, con la pareja, con doulas y otras redes de sostén.
- Expectativas y vivencia del nacimiento, que analiza cada aspecto del nacimiento de sus hijos/as, desde el parto hasta el parto, centrándose tanto en los aspectos físicos como emocionales. Paralelamente se abordan las expectativas sobre el parto, comparándolo con la experiencia vivida, intentando determinar el grado de satisfacción.

Para referencia del lector, a continuación se presentarán las participantes de la muestra con sus características más relevantes, a fin de contextualizar sus relatos con su situación personal y familiar. Los nombres utilizados son ficticios, elegidos por ellas mismas. Para una consulta más rápida durante la lectura del análisis, se adjunta un cuadro en anexos que resume esta caracterización (anexo 4).

Carolina: Entrevistada el 8 de setiembre de 2020. Tiene 31 años. Vive en una ciudad del interior del país con su pareja y sus dos hijos. Es profesora de física, de lo cual trabaja actualmente en un liceo. Es socia de una mutualista del sistema de salud privado. Tiene un hijo de cuatro años que nació por parto en una institución. Su parto fue el 15 de junio, dos meses y tres semanas previo a la entrevista. El

mismo fue un parto en casa asistido por las parteras con quienes lo había planificado.

María: Entrevistada el 10 de setiembre de 2020. Tiene 34 años. Es inmigrante residiendo en Uruguay hace tres años y medio (al momento de la entrevista). Vive en un balneario del interior del país con su pareja y sus dos hijas. A nivel educativo cuenta con nivel terciario no concluido, habiendo realizado parte de las carreras de comunicación y bellas artes en su país natal. Cuenta con una tecnicatura en cine, habiendo ejercido como docente universitaria en su país antes de emigrar. Actualmente es coordinadora de un proyecto de un programa de lectura comunitaria en escuelas públicas de manera voluntaria. Se atiende en el sistema público de salud. Tiene una hija de ocho años, quien nació por parto en una institución. Su parto fue el 19 de mayo, tres meses y tres semanas antes de ser entrevistada. Fue un parto en domicilio sin la asistencia de las parteras con quienes lo había planificado, dado que el mismo se desenvolvió de manera rápida y las parteras no llegaron a tiempo debido a la distancia.

Eugenia: Entrevistada el 15 de setiembre de 2020. Tiene 36 años. Vive en Montevideo con su pareja y sus dos hijos. Es estudiante universitaria, aunque este año no cursó. Actualmente no trabaja, dedicándose al cuidado de los hijos. Se asiste en el sistema de salud privado. Tiene un hijo de ocho años que nació por parto, siendo un parto domiciliario planificado. Su parto fue el 21 de abril, cuatro meses y tres semanas antes de ser entrevistada. Tuvo un parto vaginal asistido por las parteras con quienes lo había planificado.

Iris: Entrevistada el 17 de setiembre de 2020. Tiene 30 años. Vive en un balneario del interior del país con su pareja, su hijo y su hija. A nivel educativo cuenta con bachillerato incompleto. Actualmente no trabaja por dedicarse “tiempo completo a la maternidad” según su relato. Antes de esto, realizaba trabajos esporádicos como limpiezas de casas. Se atiende en el sistema público de salud. Tiene un hijo de cuatro años el cual nació por parto en una institución. Su parto fue el 24 de julio en una casa que le prestaron y la que habitó una semana previa al parto y hasta una

semana después de éste, dado que la partera con quien planificó el parto no llegaba hasta su lugar de residencia. A la fecha de la entrevista habían transcurrido un mes y tres semanas desde entonces. El parto transcurrió más rápido de lo previsto, por lo que la partera no estuvo presente en ese momento.

Ina: Entrevistada el 22 de setiembre de 2020. Tiene 37 años. Vive en una ciudad del interior del país con su pareja y su hijo. Es estudiante de bachillerato profesional de la tecnicatura guardaparques, la cual abandona al embarazarse. Se asiste en el sistema público de salud. No tiene hijos vivos previos a éste (tuvo dos abortos). Su hijo nació el 1 de noviembre de 2019, teniendo diez meses y tres semanas al momento de la entrevista. En el proceso de trabajo de parto debió ser trasladada a una institución, donde se le realizó una cesárea que según su relato se puede presumir el diagnóstico de trabajo de parto detenido como indicación para la misma.

Ana: Entrevistada el 23 de setiembre de 2020. Tiene 31 años. Vive en Montevideo con su pareja y su hija. Es estudiante universitaria avanzada de la carrera de licenciatura en psicología. Actualmente no trabaja, su plan es estar con la bebé hasta que tenga al menos un año. Se atiende en el sistema de salud privado. Este fue su segundo embarazo ya que tuvo un aborto a los 17 años. El parto fue el 29 de abril, cuatro meses y tres semanas antes de ser entrevistada. En el trabajo de parto debió ser trasladada a una institución, donde finalmente tuvo un parto.

Tania: Entrevistada el 23 de setiembre de 2020. Tiene 32 años. En cuanto al nivel educativo, estudió orfebrería en la UTU (Universidad del trabajo del Uruguay, también conocida como Consejo de Educación técnico Profesional o CETP). Vive en un balneario del interior del país, donde trabaja en una tienda de artesanías con su familia. Este fue su tercer embarazo. Su primer hijo falleció a los dos meses. Tiene un hijo vivo de 3 años y medio. Ambos nacieron por cesárea. Esta vez tuvo un parto, el 15 de junio, tres meses y una semana antes de ser entrevistada. El parto ocurrió en su domicilio acompañada por las parteras con quien lo había planificado.

5.1 MOTIVACIONES

En esta categoría de análisis se expondrán los motivos que llevaron a las mujeres entrevistadas a planificar su parto en el domicilio. Entre los más nombrados por las siete participantes se encontró como el principal, haber tenido experiencias negativas durante el nacimiento de sus hijos anteriores. Otros de los motivos que surgieron fueron el confort del hogar, la búsqueda de conexión con su cuerpo, el deseo de tener un parto natural y respetado, el no estar de acuerdo con las intervenciones médicas (por consiguiente, con el tipo de asistencia que se brinda en las instituciones) y la actual situación de emergencia sanitaria por la pandemia de coronavirus. Todos estos motivos están muy entrelazados entre sí, por ejemplo al haberles realizado una intervención no deseada en el parto anterior, buscan ahora una experiencia distinta, no intervenida y respetada. Esto dificulta analizar las motivaciones de las mujeres por separado, por lo que en esta categoría de análisis se crearon cuatro subcategorías, siendo estas: “la búsqueda de una experiencia distinta”, “el deseo de un parto humanizado”, “el confort y seguridad del hogar” y “la pandemia por coronavirus”. En cada subcategoría se revisarán los distintos motivos expuestos, analizándolos a partir de la narrativa de las mismas participantes.

5.1.1 La búsqueda de una experiencia distinta.

En esta subcategoría se analiza uno de los motivos para planificar un parto en casa que surge del trabajo de campo, que fue el deseo de tener una experiencia distinta a la que habían tenido previamente. En vista de esto, han sido tenidas en cuenta solamente mujeres que tienen hijos previos. De las siete que componen la muestra, cinco cumplen con esta característica. Cuatro de ellas habían tenido en una institución y una en su domicilio. Los testimonios de los nacimientos previos varían desde mencionarlo como una experiencia positiva si la comparaban con relatos de otras mujeres que también habían parido en instituciones (amigas, conocidas) hasta expresarlo como una experiencia totalmente negativa.

Un elemento que resulta llamativo es que en el caso de las participantes que habían tenido previamente un parto institucional, todas habían pensado en la idea de parir en su casa en aquel embarazo, y por diversos motivos no lo habían llevado a cabo. A continuación se citan fragmentos de estos relatos y se analizan argumentos claves de los mismos como lo son el miedo, el condicionamiento social, la falta de apoyo y la situación económica.

*“(...) yo, mi primer hija la tuve en un hospital, en una maternidad, en **Ciudad**, siempre tuve muy claro que yo la quería tener en mi casa, pero la situación, mi situación familiar en ese momento no daba, y económicamente tampoco. Yo había encarado como ese embarazo sola, o sea, con el papá pero no en pareja, y vivía sola, entonces, era como un panorama un poco desolador, y no tenía como apoyo ni nadie de mi entorno que conociera y que se copara (...)” (María)*

El parto anterior de María fue en una institución, aunque no en Uruguay. Igualmente, menciona la falta de recursos económicos para permitirse un parto domiciliario. De igual manera, este impedimento surge en el relato de Iris:

*“(...) yo con **Hijo** me hubiese gustado tener un parto domiciliario y no tuve la oportunidad, y entonces el saber que ahora sí tenía la oportunidad de cambiar eso y de sanar también el parto de **Hijo** que había sido bastante difícil, eh, como que cambió un montón así la forma en que estaba percibiendo el embarazo. (...) Porque en ese momento no tenía el dinero, para hacerlo y en realidad requiere de un dinero, o sea, requiere tener la plata para poder tener el parto domiciliario, si querés hacerlo bien, o sea, porque no me iba a tirar a hacerlo yo sola, eh, ta, si querés hacerlo bien, necesitás un equipo, y lleva una plata, y ta en ese momento no tenía la plata y ahora con **Bebé** sí y entonces ta, eso fue un cambio.” (Iris).*

Como se mencionó en el capítulo anterior, en Uruguay, el parto domiciliario no está contemplado en la cartera de servicios del sistema nacional integrado de salud (SNIS), y los mismos son planificados y asistidos por parteras, quienes gozan de un libre ejercicio de su profesión. Las mujeres/familias que deciden planificar este tipo de parto deben asumir los costos del servicio.

Otros de los motivos por los que las mujeres no pudieron llevar a cabo el parto domiciliario en su embarazo previo, son la falta de confianza en sí mismas como parturientas y el *miedo al parto*. Recordemos que, como se menciona en el cap. 1.1, en Uruguay no contamos con estudios que evalúen la seguridad del parto domiciliario. De tenerlos, estos serían de gran beneficio para las familias al decidir una u otra forma de nacimiento (domiciliaria o institucional), basadas en la evidencia científica y no en *condicionamientos sociales* que contribuyen al *miedo*, como lo expresa *Carolina*:

*“En verdad con **Hijo**, con mi primer hijo, eh, lo llegamos a pensar, pero ta, yo realmente no me veía en ese momento con el valor suficiente (se ríe), o capaz de- (...) como era mi primera experiencia, no sabía a qué me iba a enfrentar, no sabía cómo era un parto, este, también un poco todos esos mieditos y condicionamientos sociales, ¿no? que hay, respecto al parto, es como algo uff, y este... Bueno, me hizo decidir el hospital como el lugar que yo me iba a sentir más cómoda, más tranquila.” (Carolina)*

El *miedo al parto* y al dolor del parto está inculcado desde dentro en nuestra cultura. La definición de miedo es la “angustia por un riesgo o daño real o imaginario” (Real Academia Española [RAE], s.f., definición 1) o “Recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea” (RAE, s.f., definición 2). ¿El dolor del parto es un riesgo real o imaginario? ¿De dónde nace el miedo al parto? ¿Nuestras ancestras tenían miedo de parir? El relato bíblico cuenta que Eva desobedeció el régimen de Dios comiendo el fruto de un árbol prohibido, tentada por la serpiente (Biblia, Génesis 3:1). Como castigo, Dios le dijo: “En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti” (Biblia, Génesis 3:16). Hutter (2010) menciona este pasaje bíblico refiriéndose a Eva como la primera mujer que se quedó embarazada, sentándose con este castigo divino el precedente: “La mujer se merecía parir con dolor” (p.19). La autora dice que a partir de las hijas de Eva, ninguna mujer ha vivido su embarazo sin ser bombardeadas de consejos, pedidos o no. También así, las mujeres escuchan desde su infancia cómo el parto es un acto doloroso, desagradable que inspira *miedo*. Hace falta una deconstrucción de lo que creemos saber para empoderarnos del parto y decidir transitarlo de una manera distinta.

Pasar por la experiencia de tener un parto puede hacer que la mujer pierda el *miedo* a éste. Tal es el caso de una de las participantes que había deseado tener un parto domiciliario y no lo pudo planificar así en su embarazo anterior.

“(...) Ahí sí dije “bueno, si algún día tengo otro hijo... ya sé cómo quiero que sea”. O sea, y perdés como el miedo también, al parto, que se yo... ya sabés lo que es, ya sabés cuánto duele (...) y cuando me animé al parto domiciliario en casa bueno, tuve que hacer como un trabajo interior, ¿no? de desandar esas creencias, de empoderarme y sentirme que sí, que era capaz, que yo podía hacerlo y la experiencia podía ser distinta.” (María)

Retomando el eje central de este capítulo, la búsqueda de una experiencia distinta, cabe señalar que algunas de las mujeres consideraban su experiencia anterior

positiva, hasta que comienzan a cuestionarse y replantearse desde otra perspectiva o con *nueva información*. Es entonces que, teniendo en cuenta su vivencia anterior, buscan en el parto domiciliario una experiencia distinta y tienen otras expectativas.

“(...) El primer hijo lo tuve en el hospital.(...) Y bueno, y quería una experiencia distinta (se ríe). Y eso me llevó a, bueno, a pensar en un parto domiciliario. (...) después que la pasás como que, bueno, como que empezás a analizar un poco cómo fue y qué cosas te gustaron y qué cosas no, o con nueva información te volvéis a cuestionar cómo fue tu experiencia (...) Lo considero una buena experiencia. Dentro de lo que es un parto en un hospital, digamos.

-Entrevistadora: ¿Con “dentro de lo que es un parto en un hospital” a qué te referís?

Y bueno, con todos los protocolos médicos, eh, a ver, si yo escucho historias de partos en hospitales (se ríe), la mía, yo me comparo y no fue tan mala, ¿no? (...) o sea, no quiere decir que no haya cosas que no me gustaron pero, dentro de lo que se suele hacer muchas veces por rutina, y sin consultar a las mujeres, bueno, eso era dentro de lo normal (...)” (Carolina)

En el relato de *Carolina* se puede ver cómo tiene asumido el tipo de asistencia al parto que se brinda en las instituciones médicas, diciendo que “eso era dentro de lo normal”. En las instituciones se debe cumplir con protocolos que faciliten y dinamicen el trabajo de los profesionales, quienes muchas veces, en una sala de maternidad, están a cargo del control de más de una mujer en trabajo de parto. Estos protocolos, aunque estén basados en evidencia científica sobre la fisiología del parto, no tienen en cuenta aspectos holísticos de la mujer, como sus sentimientos en ese momento o el hecho de encontrarse en un lugar desconocido, rodeada de gente desconocida, en una situación que a cualquier hembra mamífera le costaría parir en el tiempo que dicen los libros. Los tiempos institucionales no son los mismos que los tiempos biológicos, y no todas las mujeres ni todos los partos son iguales, por lo que muchas veces no se permite a la mujer fluir con la fisiología de su cuerpo. Esto nos lleva a otro aspecto del parto institucionalizado que es el

intervencionismo médico y la violencia obstétrica, de lo que se hablará en el siguiente subcapítulo.

Anteriormente se mencionó cómo el acceso a la *información* es un elemento clave para que las mujeres tomaran la decisión de tener un parto domiciliario, en esta búsqueda de una experiencia distinta a la que habían vivido antes. Según el Informe de la Encuesta de Usos de Tecnologías de la Información y la Comunicación (EUTIC) de 2019, 9 de cada 10 personas en nuestro país acceden a internet. “Entre las actividades y servicios se destacan las vinculadas a la comunicación y entretenimiento, búsqueda de información vinculada a la salud y el comercio o banca electrónica” (Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento [AGESIC] e Instituto nacional de estadística [INE] p.55). Se recuerda al lector que las mujeres que participaron de esta investigación fueron convocadas a través de publicaciones en grupos de Facebook, lo que delata claramente que las participantes tienen acceso a la información, si desean buscarla. En sus propios relatos surgen fuentes de información en las que se apoyaban, como *María*, quien había sido diagnosticada con una infección aguda por Toxoplasmosis durante el embarazo, o *Tania*, que tenía dos cesáreas previas.

“(...) con lo de la toxoplasmosis (...) me hicieron un seguimiento súper estricto, muy como, con medicación, que yo estudiando me di cuenta que era una medicación que en realidad no está siquiera bien probada si es efectiva, (...) yo no tenía ganas de entrar en discusión “ay mirá que yo leí...” sí, o sea, Google, ¿viste? “no, pero mirá que busqué un, esto”, y que mi papá es médico, tengo como cierto, que sé que un artículo es una boludez, y un artículo es bueno y viene de una investigación, pero bueno, no tenía ganas de como entrar en debate (...)” (María)

“(...) empecé como te decía a- cuando dejé de trabajar- me empecé a dedicar un poco más el embarazo a investigar qué probabilidades había de un parto después de dos cesáreas (...) me habían programado ya [la cesárea] y yo en realidad no quería una fecha de cesárea. yo dentro mío sentía realmente muy profundo de que yo iba a poder parirla y sentía que era nena que era mujer, como que quería un poco dejarle esa información de que lo más natural es poder

parir y no, no una cesárea, no sé, como que me resulta más frío, y yo que ya las había vivido a parte a las cesáreas como que ya sabía lo que era, entonces nada. Sentía como mucha fuerza interior de que realmente iba a poder parir pero que si me iba a encontrar en un lugar en el que me iba a sentir amenazada porque no sabía como iban a reaccionar las otras personas, si me iban a contener, si me iban a dejar realmente probar(...)" (Tania)

En cuanto al caso particular de Tania, el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) es un tema muy controversial en la obstetricia por los riesgos que conlleva tanto para la madre como para el feto. La posibilidad de que una mujer que ya tuvo una cesárea logre tener exitosamente un parto vaginal (en lugar de una nueva cesárea) es del 70% (Ricci, Perucca y Altamirano, 2003; Monterde, Ferrer, Parra y López, 2018). El mayor riesgo de un PVDC es la rotura uterina, que consiste en que se abra la cicatriz que se realizó sobre el útero en la anterior cesárea, lo que ocurre en el 3,6% de los casos (Ricci et al, 2003; Monterde et al, 2018). El MSP recomienda el intento de un parto vaginal luego de una cesárea en mujeres que cumplen con ciertos criterios:

"Uno de los principales marcadores de éxito para un parto vaginal después de una cesárea anterior es que la mujer haya tenido un parto vaginal previo o que la cesárea haya sido decidida en etapas tardías del período dilatante. Los criterios de elegibilidad de mayor consenso son los siguientes: Gestación única en presentación cefálica, peso fetal estimado inferior a 4.000 g., cicatriz uterina previa segmentaria transversa, pelvis viable, ausencia de otras cicatrices uterinas o de antecedentes de rotura uterina, consentimiento de la gestante, disponibilidad de asistencia obstétrica continua y posibilidad de realizar anestesia y cesárea de urgencia" (MSP, 2014)

La participante citada tenía no una, sino dos cesáreas previas, por lo que constituía un embarazo de riesgo y una contraindicación para el parto vaginal (Monterde et al, 2018). Es por este motivo que resulta entendible desde el punto de vista profesional, que ella, siendo consciente de los riesgos, los cuales había investigado, pensara

que en una institución no la apoyarían en su decisión de intentar tener un parto vaginal, lo que la llevó a pensar en el parto domiciliario como opción.

Cada familia, cada mujer y embarazo son únicos. De esto no hay duda. Todos los relatos anteriores coinciden en el deseo de las participantes de tener un parto domiciliario luego de haber tenido uno en alguna institución. Para algunas, esta vivencia había sido sobrellevada de mejor o peor manera que para otras. En los relatos se destacan aspectos positivos y negativos de sus partos anteriores, pero en lo que todas coinciden es en la búsqueda de una experiencia distinta. En las subcategorías siguientes se darán a conocer más en profundidad los relatos a los que se hacen referencia, dado que como se mencionó antes, los motivos por los cuales las mujeres eligen un parto domiciliario están conectados entre sí, haciendo difícil separar un elemento de otro.

5.1.2 El deseo de un parto humanizado.

“El nacimiento de los seres humanos está programado por la naturaleza. Esta lo tiene todo previsto para que la venida a este mundo sea tranquila, pausada, acompañada; para que podamos dar a ese nuevo ser humano/a la mejor de las bienvenidas”

-Gilda Vera-

Como se vio en el capítulo 1.1, un aspecto del parto institucionalizado es el intervencionismo médico. Cuando se interviene un proceso que es fisiológico, se sabe que existe un potencial daño o efecto no deseado, que posiblemente requiera otra intervención para “corregirlo”. En 2018 el Ministerio de Salud Pública (MSP) publica las “Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional”, el cual tiene como uno de sus objetivos *“promover el cambio en el modelo asistencial actual”* (p.9). Como justificación para la elaboración de esta guía, el MSP toma una perspectiva planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual se basa en evidencia científica que muestra cómo el intervencionismo médico en exceso en partos normales puede derivar en aumento de la morbilidad materna y neonatal.

“La conclusión de estas investigaciones es que hay que racionalizar el uso indiscriminado de la tecnología en el parto, ya que la intervención sistemática y protocolizada en los nacimientos de bajo riesgo aumenta las complicaciones materno-fetales, mientras que las intervenciones puntuales en determinadas situaciones patológicas intraparto pueden salvar la vida de las mujeres y de los recién nacidos”. (MSP, 2018, p.11)

El MSP promueve el nacimiento institucional, y además, que este sea humanizado, (MSP, 2014; MSP, 2018). Sin embargo, uno de los motivos que llevó a las mujeres entrevistadas a optar por planificar un parto domiciliario fue el deseo de vivir el proceso sin que se le realicen intervenciones innecesarias, asumiendo que ese es el

modelo de atención que se brinda en las instituciones sanitarias. Algunas de las participantes habían tenido experiencias previas donde recibieron este tipo de atención, otras tenían otros motivos para creer que esto era así. Al ser consultadas sobre el motivo que las impulsó a tomar esta decisión muchas de las respuestas apuntaban a la búsqueda de un parto natural, de un *parto respetado*, *humanizado*, el deseo de conectar con su cuerpo y el no estar de acuerdo con la intervención médica.

El término *parto humanizado* fue acuñado en la década de los noventa, unificando aquellos modelos de atención al nacimiento que ponen énfasis en el protagonismo de la mujer, el/la bebé y la pareja (Almaguer et al, 2012). Los siguientes son algunos testimonios donde las participantes hacen referencia a este tema:

*“...Y de hecho yo parte de lo que quería para este parto con **Bebé** era estar yo más presente, ¿no? Ser protagonista, tomar yo las decisiones...” (Carolina)*

“...En el hospital un poco que quedás ahí, medio desempoderada, y bueno, como que muchas veces te perdés la experiencia de tu propio parto, y empezás a acomodarte a lo que quieren los que están ahí, que no sabés ni quiénes son...” (María)

“ (...) quedé como muy enganchada con el tema después de haber vivido eso que me dolió tanto [un aborto espontáneo] y quedé muy enganchada con todo lo que era el embarazo, el parto y todo eso, y empecé a informarme mucho y a ver muchos videos de parto (...) y también me fui enterando de cosas que sucedían en las instituciones médicas... Bueno, nada, y todos los beneficios que podía tener tener un parto respetado, y bueno, fui deseando cada vez más que eso sí o sí fuera de esa forma...” (Ina)

Este hallazgo se corresponde con los de Delgado et al (2007) y Muñoz et al (2018a), quienes encontraron que las mujeres que han tenido partos hospitalarios destacan intervenciones invasivas e innecesarias como aspectos negativos y perjudiciales para su experiencia.

Para el MSP, la asistencia humanizada implica *“brindar asistencia, incluyendo como condición en la relación equipo técnico/paciente, un trato personalizado, reconociendo la dignidad de la persona y respetando sus principios y valores”* (MSP, 2018, p.12). Un *parto humanizado* requiere la asistencia desde una concepción holística. Esto es tener en cuenta que la mujer embarazada es más que lo su plano físico, pues es una persona con sentimientos, emociones, que vive en un entorno concreto, tiene una familia, está insertada en una comunidad, tiene determinadas convicciones o creencias y expectativas. Cuando se asiste un parto, como cuando se asiste a una persona en cualquier otra etapa o aspecto de su ciclo vital, se debe tener en cuenta que esta se está frente a un sujeto con dignidad y derecho a decidir sobre su cuerpo.

En los relatos anteriores se puede ver cómo las participantes se sienten impedidas de su derecho a decidir y ser protagonistas de su propio parto. Se ven deseosas de experimentar un parto en el cual sean ellas quienes tomen las decisiones en el proceso y de ser respetadas en las mismas. Algunas participantes también hacen referencia, en algún punto de su relato, a la *violencia obstétrica* (VO), aunque no la nombren como tal. La idea de tener un *parto humanizado* en muchos de los casos nace de haber sido víctimas de este tipo de violencia, generalmente en sus partos anteriores.

El término *“violencia obstétrica”*, que hace referencia a la violencia o maltrato que sufren las mujeres en la atención del parto en centros de salud, se utiliza ampliamente en América del Sur, pero no se usa todavía en el derecho internacional de los Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019). En Uruguay, la Ley N° 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (2008) tiene como algunos de sus objetivos *“asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-psico-social de la persona”* (art. 2°, inc. c) y *“promover 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” (Art.3º, inc.c). Un ejemplo de práctica invasiva que se les realiza a las mujeres en los partos es la episiotomía², en ocasiones justificada y en ocasiones no, y a veces incluso sin su consentimiento.

“(...) eh, bueno me hicieron episiotomía sin mi consentimiento ni el de mi pareja ni consultar (...) lo de la episiotomía, por ejemplo, no me consultaron, de hecho mi pareja le preguntó “¿para qué es eso?” cuando sacó la tijera, a la ginecóloga, y la ginecóloga “no, no, es por si acaso”, y al segundo hizo “tic” (hace gesto con los dedos), cortó, o sea... (se ríe) (...)” (Carolina)

La Ley N° 18335 sobre los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema de salud (2008) estipula que todo procedimiento que se le ha de realizar a un paciente, deberá ser acordado entre este y el profesional de salud luego de recibir información adecuada, suficiente y continua (art. 11). El uso de la episiotomía es un tema controversial, siendo una práctica que, aun siendo desaconsejado, se utiliza a veces de rutina. Las recomendaciones del MSP apuntan a su uso restrictivo, o sea, realizarla solamente cuando es necesaria (MSP, 2014). No es el objetivo de este análisis discutir si fue o no justificada la intervención en este caso, sino poner de manifiesto un acto de VO por el que pasó la participante.

Otra de las participantes relata una experiencia vivida en su parto anterior donde, al hacer uso de la libertad de movimiento en su trabajo de parto, es motivo de burlas por algunos miembros del equipo de salud.

“(...) Llegué con ocho de dilatación, fue todo muy rápido, directamente fui a la sala de partos, y me puse como en cuatro patas, y escucho que esta chica, había un montón de gente, el médico, unos estudiantes, bueno, ahí, no miré nada pero escuchaba, mucha gente que entraba, salía, y cuando me di vuelta y

² “Consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido mediolateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y cuando en períodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño” (Schwarcz et al, 2014)

*me puse en cuatro patas, escucho que la chica dice “bueno, no, no, no la toquen que es hippie” “ah, ja-ja” todos se reían, entonces, me re cagó. Y después me hicieron episiotomía, cuando salió la bebé le dije “¡Damela, damela!” y me la dieron así, y me la sacaron, “no que el cordón es corto, es corto, el cordón, no se qué” y no me la dieron , eh, cualquiera, o sea, fue cualquiera, después, nada, a **Hija** me la dieron toda vestida, le costó prenderse a la teta, terminó como deshidratada y con ictericia, ahí en neonatología dos días ¿viste? Bueno, estuvimos seis días en el hospital, una bebé súper sana ¿viste? que nació perfecta, divina, un parto que hubiese sido divino (...)” (María)*

De este relato se pueden desglosar varios elementos que conforman actos de VO. El primero que aparece es la falta de privacidad con la que contaba en el momento del trabajo de parto (*“había un montón de gente, el médico, unos estudiantes, bueno, ahí, no miré nada pero escuchaba, mucha gente que entraba, salía”*). Luego menciona que llaman “hippie”, con tono despectivo y burlesco (lo cual se aprecia mejor en la grabación en vídeo de la entrevista) en el momento que se coloca en la posición cuadrúpeda. Este término peyorativo también fue mencionado por Silveira et al (2013) al cuestionar la estigmatización que sufren las mujeres de una cultura más naturalista. En tercer lugar relata que le realizaron episiotomía (previamente en el relato cuenta que había manifestado anteriormente que no deseaba que se le realizara este procedimiento). Y por último, se le niega la oportunidad de realizar un contacto piel con piel inmediato al nacimiento de su hija, lo que ella relaciona con la posterior dificultad para el inicio de la lactancia y las complicaciones producto de esto.

Como se explicó en la subcategoría anterior, los motivos por los que las mujeres decidieron optar por un parto domiciliario están muy relacionados y esto dificulta la segregación en categorías. En el caso de esta participante, la cual había sido víctima de VO, busca esta vez tener un parto respetado, lo que conformaría una experiencia distinta a la anterior. El mismo es el caso de otra participante que dice que poder planificar el parto en su casa era una oportunidad de “sanar” el parto de su anterior hijo:

*“(...)el saber que ahora sí tenía la oportunidad de cambiar eso y de sanar también el parto de **Hijo** que había sido bastante difícil, eh, como que cambió un montón así la forma en que estaba percibiendo el embarazo(...)” Iris*

Por otro lado, hay participantes que no tenían experiencias previas dado que éste había sido su primer parto. Igualmente, buscan en el parto domiciliario la no intervención médica.

“(...) cuando empecé a hacerme un poco más a la idea, buscar un poco más de información eh, me dí cuenta que en verdad, tenía que confiar en mí y en mi cuerpo porque sentía, a partir de esta información que te digo que busqué, que la intervención médica en sí, si sos sana y si todo viene bien no es necesaria, que podía parir sola, obviamente guiada y preparada, pero que podía, así que este, me tiraba la decisión (...)” Ana

En resumen, se puede decir que las participantes de una u otra forma se informaron acerca de en qué consiste un *parto humanizado* aunque no lo nombraran como tal, y deseaban tener una experiencia de este tipo. Algunas de ellas relataron vivencias que pueden ser catalogadas como de *violencia obstétrica*, lo que también las llevó a querer alejarse de la asistencia sanitaria del parto y buscar un tipo de atención que les permitiera ser protagonistas. Esto, creían que lo encontrarían pariendo en su domicilio, dado el confort y seguridad que les brinda el hogar. Este tema será abordado en la siguiente subcategoría.

5.1.3 El confort y seguridad del hogar

Sentirse segura y tranquila para poder parir es una necesidad propia de la hembra mamífera. Las de la especie humana no escapan de esta necesidad. En esta subcategoría se analiza otro de los motivos por los que las participantes decidieron planificar un parto domiciliario. Se exponen testimonios donde las mujeres entrevistadas explican por qué consideran su casa el ambiente propicio para poder parir tranquilas y sentirse seguras.

En el apartado anterior se habló de la concepción holística de la mujer en la asistencia del parto. Tener en cuenta todos los aspectos que van más allá de lo físico es importante para lograr el sentimiento de seguridad. Es por esto que, por ejemplo, el MSP recomienda que la mujer en trabajo de parto y parto esté acompañada de alguien de su confianza para brindar apoyo emocional, lo que reduce la duración del trabajo de parto, el dolor, el parto instrumental, el Apgar bajo a los cinco minutos y la experiencia negativa en cuanto al parto (MSP, 2014). Para *Carolina*, que estaba acompañada por una doula durante el embarazo, era importante que ella y su pareja estuvieran presentes en el momento de parto:

“...yo lo precisaba con esa disponibilidad (hablando de su pareja), con esa receptividad también, ¿no? como para que esté atento a lo que yo sentía, lo que me pasaba, lo que necesitaba. Sabía que la doula podía estar si era un parto en casa que para mi era importante que esté, y bueno, y en realidad todo era mucho más favorable o más lindo, más como yo quería realmente el parto si lo hacíamos en casa...” Carolina

Otra de las participantes, *Eugenia*, también quería que estuviera presente alguien de su confianza. En este caso, su hijo de ocho años, quien le brindó apoyo y tranquilidad en el momento del nacimiento:

“...Cuando salió la cabecita, yo lo que quería era que estuviera mi hijo mayor que

estaba durmiendo todavía porque se había acostado tarde el día anterior y ta, quería que lo trajeran, que lo despertaran, quería que viera que naciera su hermano (...) vino mi hijo mayor y nada, empezó “tranquila mamá está todo bien”, no se qué, no sé cuánto, porque él es muy así de hablar, y “tranquila” y no se qué, y “pensá en algo lindo” no sé cuánto. Yo le sentía la voz a él y era como que ¡Ay!...” (Eugenia)

El deseo de ser acompañadas por la pareja durante todo el proceso de gestación y parto concuerda con los resultados recabados por Márquez (2011), Vidal et al (2012) y Muñoz et al, (2018b), quienes lo describen como necesario y beneficioso para las mujeres. Márquez (2011) concuerda también con esto, aunque difiere en su conclusión respecto al acompañamiento de los demás familiares. Éste encontró que las parejas no desean más personas presentes en el parto porque lo viven como una intromisión en la intimidad. Varias de las participantes de este estudio, por el contrario, fueron acompañadas por hijos mayores, amigas, y doulas (además de las parteras).

En otra línea, como se menciona al comienzo de este apartado, las mujeres necesitan sentirse seguras y tranquilas para poder parir. Esto lo explica el médico obstetra francés Michel Odent (2012): Todos los mamíferos dan a luz gracias a la segregación de un conjunto de hormonas, entre ellas la oxitocina, que facilita la contracción del útero para la expulsión del feto y la placenta. En situaciones de estrés, como sentirse observada, aparecen lo que él llama “hormonas de emergencia” (p. 48) como la adrenalina. En la naturaleza, una hembra mamífera puede producir adrenalina ante una situación de peligro, por ejemplo la presencia de un depredador. Al ser esta hormona antagonista de la oxitocina, resulta beneficioso ya que la misma produce un mayor flujo sanguíneo en los músculos esqueléticos y la mantienen preparada para la lucha o huida (Odent, 2012). La adrenalina también hace que en entornos fríos se produzca vasoconstricción, por lo que la hembra debe encontrarse en un entorno lo suficientemente cálido (de acuerdo a la adaptabilidad de cada especie) para poder parir. En conclusión, el autor resume que a la hora de dar a luz, las mujeres deben sentirse seguras, pero sin sentirse observadas y con

una temperatura ambiente adecuada.

Por otra parte, Odent explica las necesidades de las mujeres para parir, no solo desde la semejanza con otras hembras mamíferas, sino también desde las que llama “desventajas de los humanos”. El neocórtex es la estructura del cerebro que hace posible que seamos capaces de hablar, contar, y razonar. Su actividad tiende a controlar estructuras primitivas del cerebro y, así, inhibir el proceso de nacimiento. La “estrategia” de la naturaleza para superar esta desventaja a la hora de parir, es que el neocórtex se encuentre en estado de reposo para que las estructuras primitivas del cerebro puedan fácilmente segregar las hormonas necesarias. De esta manera se explica que las mujeres cuando están en trabajo de parto suelen aislarse del resto del mundo, sean incapaces de razonar o recordar lo que “aprendieron” o leyeron, o se aventuren a hacer cosas que no harían en su vida diaria como gritar, insultar o adoptar posturas inesperadas. Más adelante, en la categoría “Vivencia del nacimiento”, se verán reflejados estos comportamientos en relatos en los que las participantes refieren haberse sentido “en otro planeta” durante el parto.

En esta misma línea, una de las participantes, Ana, relata claramente lo antes explicado:

*“(...) la tranquilidad de estar en mi casa eh, no me la da un hospital, o sea, sintiendo nomás lo que me genera un hospital en el cuerpo ¿viste? ya esa **tensión** me hacía eh, me hacía desear mucho más estar en mi casa **tranquila** en mi lugar, que yo sé lo que puedo hacer acá, tener como la **libertad** de transitar, de estar como quiero, no tener... no sé... vergüenza, de **gritar**, (..) como que eso, esa **seguridad** me la daba mi casa (...)” Ana*

De igual manera, Ina explica otro aspecto de parir en casa, que es la posibilidad de generar un ambiente propicio para estar a gusto en el espacio físico donde ocurrirá el nacimiento:

“(...)compré todo lo que quería para tener, bueno, o sea, tenía la música que ya había elegido, los inciensos, velas perfumadas, eh, aceites esenciales, comida,

lo que más o menos me apetecía que, al final no comí nada pero todo eso lo teníamos bastante planificado digamos(...)" Ina

Por otra parte, para una de las mujeres entrevistadas, el parto institucional nunca fue una opción, y ya en su embarazo anterior había tenido un parto planificado en domicilio ya que fue la única manera en la que sentía la seguridad necesaria para poder tener un hijo:

*"(...)a mi como que no me cerraba mucho el tema, no se, no me cerraba , no me cerraba. Y fue como que yo siempre tenía muchas dudas, cuando era chica yo me acuerdo que decía "no, el día que vaya a tener un hijo voy a pedir cesárea de una" porque no me imaginaba en un hospital pariendo. Entonces yo no quería ni enterarme (cuando era chica chica). Este, por supuesto que después fui como creciendo y como que no, tampoco me cerraba eso ni ahí (...) Y después, este, viendo creo que una muchacha de la tele, Emilia Díaz creo, esta, una de rulos, su programa, que lo había tenido en su casa y ahí contaba, y yo ni sabía que existía la posibilidad de eso y ahí empecé a investigar y ahí fue como ¡Pum! todo, este, cuando vi que realmente existía esa posibilidad recién ahí me sentí **segura** como para ponerme a buscar un bebé en realidad. Entonces ahí me acuerdo que le dije a mi pareja, le digo, "yo lo tendría en casa con parteras", emm no sé, "si llego a quedar yo quiero tenerlo en casa". Él me dijo "Bueno dale", así de una. Entonces como que ta..." Eugenia*

En resumen, las mujeres consideraban que el propio hogar era el espacio físico más favorable, cómodo y seguro para que tuviera lugar el nacimiento de su hijo/a. La posibilidad de estar en un ambiente conocido y acompañadas por quienes desearan les generaba confianza y se sentían apoyadas para atravesar ese momento. Creían que en su entorno podrían expresar sin restricciones sus sentimientos y sensaciones, podrían gozar de la libertad de movimiento o de momentos de soledad e intimidad. Estar en su propia casa les daba la posibilidad de crear este ambiente propicio de armonía y contención.

5.1.4 La pandemia por Coronavirus

En esta subcategoría se expone un motivo que se hizo presente en las entrevistas de las mujeres que habían planeado su parto en casa: la actual pandemia de COVID-19. La intención de esta sección no es ahondar en aspectos específicos de la enfermedad ni la actual situación sanitaria, ya que no es el tema central de este trabajo. Igualmente, debido al contexto histórico en el cual se está realizando el mismo, la pandemia fue un tema recurrente entre las participantes, siendo en algunos casos el elemento que las hizo decidirse por este tipo de parto luego de evaluar otras posibilidades. Por este motivo, se realiza una breve reseña del tema a fin de contextualizar el análisis.

“Pandemia” significa que una epidemia³ se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas (Médicos sin Fronteras, 2020; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). La COVID-19 es una enfermedad infecciosa provocada por un virus recientemente descubierto de la familia de los Coronavirus. Los síntomas más habituales son la fiebre, la tos seca y el cansancio. Otros síntomas menos frecuentes son los dolores y molestias, la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies (OMS, 2021). La enfermedad fue notificada por primera vez en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019 (OMS, 2020). Fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020 y caracterizada como una pandemia por el mismo organismo el 11 de marzo de 2020 cuando había más de 118.000 casos en 114 países, y 4291 personas fallecidas a causa de ella (OPS, 2020).

³ Una epidemia se produce cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto (Médicos sin Fronteras, 2020)

En Uruguay, el 13 de marzo de 2020 se detectaron los primeros cuatro casos de COVID-19 y se declaró ese mismo día emergencia sanitaria. Las recomendaciones sanitarias más prevalentes a partir de entonces, fueron tomar distancia social, la higiene frecuente de manos y más adelante, el uso de tapabocas obligatorio en los espacios cerrados.

El nuevo escenario hizo que a nivel mundial se vieran afectados todos los servicios, más específicamente los de salud. Comenzaron a surgir repercusiones de la pandemia con casos en distintas partes del mundo donde se denunciaban y cuestionaban procedimientos o protocolos en las maternidades. Gracias al fácil acceso a la información a través de internet y el uso de redes sociales, se conocieron casos donde en las instituciones se realizaron cesáreas programadas a mujeres con diagnóstico de COVID-19 o se las separaba de sus recién nacidos. Situaciones como esta se dieron también en casos de sospecha de infección de la madre, sin un test positivo, e incluso se dio a conocer un caso en Asturias (España) en que aislaron al recién nacido en la unidad de neonatos porque su padre había sido diagnosticado con la enfermedad antes del parto, a pesar de que la madre tenía dos tests con resultado negativo (La Vanguardia, 2020).

En los meses subsiguientes a la llegada de la pandemia en Uruguay, la mayoría de las participantes se encontraban cursando su embarazo. El nuevo escenario, sumado al desconocimiento e incertidumbre, fue en algunos casos el “empujón” que necesitaban algunas mujeres para decidirse a planificar el parto domiciliario. A continuación se citan algunos fragmentos de estos relatos:

*“(...) Cuando fui al hospital a hacerme una de las ecografías, y nos miraron muy mal cuando quisimos entrar todos a ver la ecografía, o sea, nosotros, mi compañero y **Hijo**, y ta. Y entonces, eso, era como un clima super **frío** el hospital, había re poca gente, pero un clima re frío, re como **áspero**, casi que la gente no te hablaba, cara seria de **amargada**, de **tristeza**, era como... o sea, el clima estaba **peor que nunca** digamos (se ríe) (...)” Carolina*

La situación a la que hace referencia la participante respecto al acceso de acompañantes a la sala de ecografías se debe a una de las disposiciones emitidas por las autoridades sanitarias, que se trata de evitar aglomeraciones para minimizar el riesgo de contagio de la COVID-19. Luego, continúa, refiriéndose al mismo tema:

(...) Ya la segunda ecografía que me voy a hacer , ya no los dejaron entrar a ellos dos, y bueno, y ahí ya fue no, como, “no quiero esto para mi ni para mi hija”. El día del parto parecía que solo podía entrar un acompañante y con suerte porque ya estaban surgiendo denuncias, muchas mujeres que no las habían dejado entrar el acompañante incluso. Salieron denuncias, después vi unas publicaciones, escuché unos audios, bueno, entonces frente a toda esa posibilidad y situación, eso fue como que me dio el empuje final para decidir por el parto domiciliario.” Carolina.

En esta misma línea, otra de las participantes, de entre muchos motivos que menciona para optar por un PDP, también hace alusión a las medidas sanitarias de distanciamiento social como impulsor para tomar la decisión:

*“(...) y también que nosotros teníamos a **Hijo** y él ¿viste? nunca se había quedado en la casa de nadie y no sabíamos ni con quién se iba a quedar, estaba esto de la pandemia y no, y los hermanos no podían ir a visitar el hospital, entonces como que era mucha cosa junta y nada, y ahí decidimos -”Bueno, vamos a tenerlo en casa” (...)” Tania*

Carolina, en una parte de su relato, nos hace retomar la línea de la concepción de la mujer gestante desde una mirada integradora, contemplando todos los aspectos que forman parte de ella y de su realidad. Para ella, existe una dimensión más allá de lo físico, que la hace considerar el hospital un lugar no propicio para el nacimiento:

“(...) entiendo que el hospital no es un lugar... este... como energéticamente preparado para un nacimiento, capaz que físicamente, capaz que sí, no sé, pero las otras dimensiones humanas no están contempladas me parece, ¿no? Pero

encima con la pandemia era peor todavía (se ríe). O sea, yo ya de imaginarme pariendo con un tapabocas yo ya no (...)" Carolina

En resumen, en una situación de emergencia sanitaria como es la actual, es esperable que las personas eviten acudir a los centros de salud, ya que el riesgo de contagio de la enfermedad es mayor. De hecho, esa es exactamente la recomendación del MSP. Se podría presumir el miedo al riesgo de la muerte como una causa para que las personas eviten estos espacios. Y quizás las mujeres embarazadas puedan tener este sentimiento más “a flor de piel” al sumarlo a los riesgos y miedos propios del embarazo. Como sea, en el trabajo de campo se pudo observar que la pandemia por coronavirus fue un motivo más por el que las mujeres/parejas decidieron que su casa era el ambiente más propicio para que nazcan sus hijos/as.

5.2 VÍNCULOS

“Una partera debe tener un amor profundo por las otras mujeres. Sabe que todas las mujeres, incluyéndose a sí misma, a veces son como fuerzas elementales, al igual que el clima y las mareas, y que necesitan la ayuda y el entendimiento de unas y de otras. La verdadera hermandad de todas las mujeres no es una idea abstracta, es una realidad para ella.”

-Ina May Gaskin-

La palabra *vínculo* viene del latín *vínculum* (cadena, atadura), formada de *vincire* (atar) y el subfijo instrumental *-ulum*. Podemos definirla como “unión o atadura de una persona o cosa con otra” (RAE, s.f., definición 1). También el psiquiatra y psicoanalista Enrique Pichon-Rivière (1907-1977) definía el *vínculo* como una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto, y su mutua interrelación (Burutxaga et al, 2018). Siguiendo esta línea, en la presente categoría se analizarán los *vínculos* de las participantes durante el proceso de embarazo y parto. Tomando la definición de Pichon-Rivière, y entendiendo a cada participante como el sujeto, se analizarán los *vínculos* de éstas con: la/s partera/s que las acompañaron en el proceso, el personal sanitario y redes de soporte (pareja, amigos, familia, “tribu”).

Antes que nada, debemos recordar que las mujeres, como todos los individuos, son seres bio-psico-sociales. Estos elementos son los que incluye la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de Salud. Las mujeres embarazadas, como se ha reiterado en múltiples oportunidades a lo largo de este trabajo, son y deben ser vistas como mucho más que un útero grávido. A partir de la observación y el análisis de los *vínculos* de las participantes, se podrá ver cómo este concepto -ser biopsicosocial- y espiritual, se hace presente y reviste importancia a efectos de comprender un poco más el parto domiciliario como opción.

Comencemos por lo que nos relaciona con ellas: la partería. Las parteras. Los vínculos son estructuras en construcción, a las cuales el tiempo y los acontecimientos vitales consolidan y otorgan mayor complejidad (Birgin et al, 2018). Es por esto que el vínculo que establecen las mujeres y parejas embarazadas con las parteras involucradas es tan relevante. En las entrevistas se pudo observar que la mayoría de las parejas comenzaban la búsqueda de acompañamiento en etapas tempranas del embarazo. Los encuentros se daban de manera periódica y las parteras estaban disponibles siempre que las necesitaban. Estos elementos favorecieron la construcción de un vínculo estrecho, sólido, de contención, afecto y, en algunos casos, amistad entre las partes involucradas.

“(...) fue muy lindo la verdad el vínculo que generamos y me hicieron sentir segura, este, así que bueno nada, a los dos en realidad nos hicieron sentir muy seguros (...) venían a casa y charlábamos, controlábamos algo, veíamos las cosas del embarazo, eh, dudas, intercambiábamos, yo que sé, no sé, cosas, charlas y, sentimientos que pudiéramos tener nosotros, dudas, eh no sé, lo que fuera. La verdad que me sentí, nos sentimos los dos muy cómodos con ella (...)”
Eugenia

“(...) yo si necesitaba cualquier cosa o tenía alguna duda la llamaba, le mandaba un mensajito, ella me llamaba en seguida, no, la verdad que sí, siempre estuvo re disponible, a cualquier cosa que surgiera, ella estaba ahí disponible, a cualquier hora también (...)”
Iris

“-(...) vino acá, cuando vino, vino con su compañero, compartimos una comida, y nos sentimos siempre todos muy cómodos, entonces, re bien.

-Entrevistadora: Sentís que se generó un vínculo como más allá de la asistencia al parto, digamos.

*-¡Sí! Sí, sí. Totalmente. Sí, estuvimos acá compartiendo plantas, porque **Partera1**, bueno ellas se dedican también bastante a la huerta, se llevaron plantas de acá, nos trajeron un montón de boniatos que habían cosechado (...)”*
María

Al analizar las entrevistas realizadas surgen en demasía relatos de esta índole, los cuales tienen como común denominador el tipo de vínculo que se generó entre las familias y las parteras al haber existido un seguimiento cercano durante el embarazo. Las parteras pasan a formar parte de la red de contención de la mujer y la pareja. Cumplen un rol clave en la preparación para el nacimiento de sus hijos, y es de gran valor para ellos su disponibilidad y cercanía. La partera es una persona conocida, con la que la mujer está familiarizada cuando llega el momento del parto.

En el vínculo se genera aceptabilidad, y la aceptabilidad es sinónimo de confianza: cuando se genera un vínculo como éste, en que la mujer confía en la partera que la está asistiendo. Porque la conoce. Es más probable que acepte la ayuda, consejo o sugerencia de ésta. Distinto completamente es el escenario de una mujer que va a parir a un centro asistencial y no conoce a la/s persona/s que la están atendiendo, además de no estar familiarizada con el ambiente y las rutinas. El vínculo que se genera entre las mujeres con las parteras en el proceso de la planificación de un parto domiciliario, facilita que el parto se dé en un ambiente de confianza.

Los encuentros entre las parejas y las parteras se daban en algunas ocasiones por un medio virtual (videoconferencia) y en otras de forma presencial, en casa de la partera o de la familia. Que se diera de una u otra forma dependía en gran medida del lugar de residencia de la familia, ya que todas las parteras eran de Montevideo y área metropolitana, pero algunas parejas vivían en el interior del país. En estas instancias las parteras realizaban talleres de preparación al parto, brindaban información y herramientas y evacuaban dudas de la mujer y la pareja. También servían como espacio para incrementar la calidad del vínculo entre todas las partes participantes, en tanto que las mujeres y sus parejas podían expresar cómo se sentían y darse a conocer como individuos, como seres únicos y bio-psico-sociales.

“(…) básicamente, evacuaban dudas mías que yo tuviera. Me preguntaban bueno, ta, sí, “¿cómo te sentís?” y todo eso, como que era mucho conversar de cómo me sentía yo, y me preguntaban si yo tenía alguna duda sobre algo (...)”
Ina

“(...) eran como conversaciones, pegamos como mucha onda, y confianza, entonces como muy cotidianas de cómo nos sentíamos, este, nos pasaron un par de películas, documentales (...)” María

Por otra parte, un elemento que emerge en la mayor parte de las entrevistas realizadas es la figura de la *doula*. La mayoría de las mujeres contaba con el seguimiento, guía y asesoramiento de una *doula* desde el embarazo y, en general, ésta le servía de puente para contactar con las parteras.

“(...) llamamos a una doula y estuvimos trabajando con la dula cerca de un mes, que ya el trabajo con la doula fue como, bueno, ayudó ya ahí teniendo más confianza en mí (...) ahí hablé con la doula, que estaba pensando en esa situación, en esa posibilidad, de parto en casa, y bueno, y ella ahí nos ayudó bastante, bueno, me consiguió distintos teléfonos de parteras, porque ahí fue como todo “bueno, a ver ¿con quién?” (...)” Carolina

“(...) nosotros casi en seguida, como en la semana veinte poco ya, bueno ya desde antes empezamos a buscar parteras que estuvieran con esto del parto domiciliario, también estuvimos con una doula, entonces ella nos pasó varios contactos para averiguar (...)” Iris

Se observó que las *doulas* cumplían un rol fundamental en el acompañamiento de las mujeres, tanto durante el embarazo como el trabajo de parto, el parto y el puerperio. Como se citó antes, por ejemplo, estas colaboran en el desarrollo de la autoconfianza de la mujer. Las *doulas* representan esa figura materna, esa figura femenina, que al igual que las parteras, desde los tiempos más remotos acompañaban a las mujeres en la ruta de vida que significa la maternidad. Ya vimos en el cap. 1.1 que, como decía Hutter (2010), el parto era un asunto de mujeres. Hoy en día la *doula* es una figura que para muchas mujeres en proceso de embarazo, parto, puerperio y crianza (o sea, maternidad) desempeña el papel que antes desempeñaban las mujeres de la familia, amigas, vecinas, etc. de acompañar, de ayudar... de *estar*. Son hoy en día la representación de la *tribu*.

La *tribu* se gesta desde el embarazo. O incluso antes. Es una *red de sostén*. En otra época, las mujeres eran aconsejadas por sus madres, abuelas, u otras mujeres con experiencia. Esta era la manera de acceder a la información, que era vertical: el saber se transmitía de una generación a la siguiente. Las mujeres-madres de hoy comparten más con sus pares. La información es más -mucho más- accesible y horizontal. Además, respecto a la atención al parto en centros de salud, es al azar quién va a asistir a esa mujer, queda muy depositado en el médico/profesional cómo se suceden los acontecimientos. En cambio, en el hogar, en la *tribu*, el conocimiento es compartido, cada uno aporta “su granito de arena”. Algunas de las participantes relataron *redes* de las que formaban parte. Y luego, en la categoría 5.3, se verá en mayor detalle el rol de la familia, amigas y la doula en todo el proceso y, sobre todo, en el parto mismo.

“(…) Hicimos círculo también con las chicas de yoga y nos acompañábamos un poco en el proceso (…) realmente estuve muy informada, por el apoyo que tenía con las compañeras de yoga, las clases de yoga, con esa doula que te comenté (…)” Ina

“(…) También acá, bueno, vivo justo en un lugar donde amigas, vecinas, doulas, y estudiantes de parteras, están en la escuela de partería tradicional, entonces como bueno, todas han parido en su casa, como que es un entorno super contenedor, y alentador digamos (…). Y bueno ahí compartiendo estas experiencias con parejas que eran primerizas, con otras que ya habían tenido niños, experiencias en el hospital, experiencias en casa, bueno, eso, como que se convirtió en el tema de conversación (…)” María

En contraste con los vínculos anteriormente analizados, surgen los relatos de la relación con el personal sanitario. Cuando decimos “en contraste” no necesariamente nos referimos a que las participantes lo describan como negativo o desde la insatisfacción. Sino que, al ser encuentros más esporádicos, que duran menos tiempo y están orientados a fines específicos, no se reúnen las condiciones para que se construya un *vínculo* de la misma calidad que acontece con las

parteras, doulas o redes de sostén que se mencionaron antes. Un ejemplo de esto es el/la profesional que realizaba el control de embarazo en la institución sanitaria.

“(...)Bueno, los controles en un primer momento me los hice como... aleatorios, con cualquier ginecólogo que me tocara, y después un poquito más avanzado (...) empecé a hacerlos con una doctora particular que.. viste que son, no sé, diez minutos máximo la consulta, o sea tampoco me daba mucho el tiempo como para profundizar en nada porque era “todo bien ¿alguna pregunta?” (...)” Ana

Cualquier persona que alguna vez haya concurrido a una consulta médica, por cualquier proceso vital fisiológico o patológico, conoce las condiciones en que se da el encuentro: un tiempo en la sala de espera, ser llamado por el profesional por un número o el apellido, un espacio de consulta que dura aproximadamente 10 ó 15 minutos, donde el profesional no conoce al paciente, porque nunca lo ha atendido o porque no lo recuerda. Cabe aclarar que no es la intención de este trabajo censurar o restar valor a este tipo de atención, ni generalizar a todos los profesionales de la salud que brindan su servicio en instituciones.

En esta línea, emergen sentimientos de incomodidad o simplemente falta de deseo respecto a informar a los médicos la decisión de parir en casa. Algunas mujeres tienen la percepción de que no van a ser respetadas en su decisión, o cuestionadas por la misma. Las que comentaron su plan a algún profesional de la salud, describen que fueron “informadas”, o advertidas de los peligros que conlleva la práctica.

“(...)me dijo “¿Sabes los riesgos que corrés tener un parto domiciliario, el bebé, no se qué?” Y yo le dije “Si, es una decisión consciente y responsable”, y como no le dí mucha cabida tampoco a que me diga más cosas... porque entiendo, o sea en ese momento al menos entendía que la postura de la médica ehh y sus miedos no me iban a colaborar en nada, porque la decisión ya estaba tomada (...)” Ana

“(...) Pero al ginecólogo nunca le dije porque no me sentí cómoda para decirle, no veía que él lo iba a tomar positivamente, o sea las pocas cosas que habíamos

conversado (...) el protocolo médico regía sobre otras cosas, entonces, bueno, no sé, es difícil, o a veces uno piensa eso ¿no? que dentro del hospital o dentro de los centros de salud no va a ser bien recibida la decisión de un parto domiciliario, que no va a ser respetada esa decisión, ¿no? que te van a estar hablando de las cosas que pueden salir mal (...) Carolina

“(...) No sentí la necesidad en realidad de comentarlo, o sea, había super buena relación con doctora, la esta, es amorosa ella pero no sentí la necesidad de comentarle, la verdad. Emm no surgió, si hubiera surgido se lo hubiera comentado, no es que le iba a ocultar ¿no? , pero no surgió (...) Eugenia

“(...) mi temor era, que si yo le decía que la iba a tener en casa, que ellos no están de acuerdo, y si pasaba algo, e iba al hospital, como, dije “ay, prefiero, si pasa algo, voy al hospital y, estoy ahí, y listo” y no con esta previa “¿ah, pero vos no la ibas a tener en tu casa? Ah, viste. Ah” entonces, toda esa, me dio miedo como esa manipulación de si llegábamos al hospital , porque no confiaba, no confío, viste(...) María

Haciendo un paréntesis en este análisis, desde mi experiencia en el proceso de escritura de este trabajo, debo compartir que en casi todas las ocasiones (salvo contadas excepciones) en que se me ha preguntado sobre cuál es el tema de mi investigación, al mencionar el parto domiciliario las reacciones de las personas son las mismas que mencionan las participantes: cuestionamientos sobre la (in)seguridad del mismo. “Yo ni loca” o “están locas” suelen ser las primeras frases que escucho. Dichos que, he podido comprobar a partir del diálogo y argumentación con evidencia científica, provienen de la desinformación.

Continuando con el análisis del vínculo de las mujeres con el personal sanitario, y reiterando que no es la intención de este trabajo generalizar la postura de todos los profesionales sanitarios, a continuación se cita como ejemplo un fragmento de un relato en que la participante encuentra apoyo y respeto de su decisión de parir en casa.

“(…) Con el médico de familia, que (…) ya está más “curtido”, que atiende a muchas de nosotras que parimos en casa, y el loco está más abierto, es más abierto, entonces con él sí, fui hablando, y le pedí los tubitos, para tener en casa (refiriéndose a los tubos para la colección de sangre de cordón que se realiza inmediato al nacimiento) (…)” María

Por un lado, todo lo mencionado hasta ahora respecto al *vínculo* entre las mujeres y el personal sanitario surge desde la percepción de las primeras, ya sea por ideas preconcebidas (“a veces uno piensa eso”, “ellos no están de acuerdo”) o por la impresión de lo que les fue transmitido (“¿Sabes los riesgos que corrés (al) tener un parto domiciliario?”). Por otro lado, y como se mencionó en el cap. 1.4, las autoridades sanitarias de nuestro país no apoyan esta práctica. De manera que, desde un punto de vista objetivo, resulta fácil comprender ambas partes. Por un lado, muchas mujeres prefieren no mencionar su idea de parto con los profesionales para evitar los juicios y cuestionamientos. Y por otro lado, que los profesionales se rigen por la normativa vigente que recomienda el parto institucional y, además, son también personas con opiniones propias y convicciones que transmiten a sus “pacientes” en el ejercicio de su profesión.

Continuando con el tema pero cambiando el foco, vayamos a otro aspecto vincular: la pareja. En la muestra recogida para este trabajo, se dio que todas las participantes tenían una pareja varón, el cual era el padre del hijo/a que estaban esperando. Para las mujeres fue muy importante contar con el apoyo de él durante todo el proceso de planificación del parto. Todas, en distinta medida, mencionan que la pareja se interesaba por los asuntos del embarazo y el parto. Los varones estaban presentes durante los encuentros con las parteras y participaban activamente de estos, ya sea realizando actividades prácticas o evacuando dudas.

A partir de los años ‘60, cuando las mujeres comienzan a parir en grandes hospitales, las parteras a desaparecer o formar parte de los equipos médicos y las familias a reducir su tamaño (Odent, 2012), los hombres comenzaron a estar presentes en el nacimiento de sus hijos/as. Atrás quedó la época donde el parto era

cosa de mujeres y al varón se le “entretenía” por horas hirviendo agua. Odent (2012) nos invita a cuestionarnos si la participación del padre en el parto es “peligrosa”. Por ejemplo, menciona que cuando la mujer necesita reducir la actividad de su neocórtex e irse “a otro planeta”, hay hombres que no pueden dejar de comportarse racionalmente. “Algunos parecen valientes, pero contagian los altos niveles de adrenalina que segregan” (p. 66). Los relatos de las mujeres entrevistadas son muestra de lo contrario: desde que comienzan a planificar el parto en casa, sienten la necesidad de contar con el soporte de su pareja. Ya vimos antes que tener el apoyo para parir en casa era clave para la toma de decisión. Lo que además concuerda con la afirmación de Máquez (2011) de que las mujeres quieren que la pareja sea su acompañante por la necesidad de compartir la experiencia y reforzar los lazos afectivos entre ellos.

“(…) nos ayudó como en el tema de la comunicación, mía con mi pareja ¿no? como trabajando toda esa parte, ¿no? como que “si va a ser un parto domiciliario yo preciso que vos estés al firme”, ¿no? o sea, no es lo mismo un parto en el hospital que un parto en casa, “yo te preciso al cien, sentir como que tu apoyo así, cien por ciento” (…)” Carolina

Durante los encuentros con la/s partera/s, las familias se iban preparando física y psicológicamente para el nacimiento de sus hijos/as. Esta preparación incluía, entre otras cosas, reunir algunos elementos para utilizar en el momento del parto (sábanas, campos, algodón, etc.). A las parejas se les solicitaba que limpien la casa previo a la fecha probable de parto, dándoles indicaciones de los productos que debían utilizar y la forma en que debía ser llevada a cabo la limpieza. Debían prever alguna forma de calefacción del ambiente donde se iba a dar el parto, tener en cuenta la distancia al centro de salud más próximo y un plan de traslado en caso de que fuera necesario. Esta preparación hace que el proceso sea mucho más consciente, ya que la madre y el padre están involucrados en él desde dentro, siendo partícipes de cada detalle.

La participante citada anteriormente menciona la comunicación con la pareja. Un parto en casa se trata de que la familia sea protagonista del suceso (como debería ser siempre). Ya quedó claro en el capítulo anterior que las mujeres que eligieron este tipo de asistencia buscaban una atención humanizada. Parir en casa representa para la mujer la posibilidad de compartir ese momento con quien desee. Ella con sus acompañantes son los protagonistas de todo lo que allí suceda. La comunicación es esencial para que los acontecimientos fluyan de manera armónica. Para comunicar bien, sea verbalmente o no, es necesario tener claro lo que se quiere transmitir, por ende se requiere un trabajo previo para definir el cómo y el por qué de las cosas (planificación consciente, acuerdos, preferencias, etc.)

En eso, las parteras y las doulas juegan un rol fundamental. Más allá de que nos encontramos en una sociedad y un momento de la historia donde la información es accesible para la mayoría de la población gracias a las telecomunicaciones e internet, las comunicaciones personales siguen siendo preferidas por las mujeres embarazadas. Como se mencionó anteriormente, las mujeres entrevistadas estuvieron acompañadas desde el embarazo por una doula. Otras, además, participaban de reuniones de grupos de mujeres donde se abordaban temas de maternidad como el embarazo y el parto. En el caso de las mujeres que relatan estas “rondas” o “círculos” de mujeres, mencionan que quienes las componen son también madres, algunas estudian partería tradicional, muchas de ellas parieron en sus casas, incluso con las mismas parteras que las participantes se encontraban planificando el parto. Lo esencial de estar acompañada por una doula o una partera durante el embarazo, es acceder a información científica, más allá de las creencias o preferencias de cada profesional. No se debe restar importancia a la función de sostén y apoyo de las mujeres-madres que le brindan a la embarazada consejos desde su experiencia, pero es importante diferenciar estos de los conocimientos con los que cuenta una persona formada específicamente para esta tarea. A la hora de prepararse para un parto en casa es necesario que las mujeres y parejas cuenten con información basada en evidencia científica, de modo que cada decisión que sea tomada en cualquier momento o etapa sea en base a esta.

Luego de todo este análisis, solo queda concluir que las mujeres embarazadas, como cualquier persona en cualquier etapa vital, necesitan vincularse. Somos seres sociales que necesitamos de otros. En el caso de un parto planificado para ser domiciliario y asistido por parteras, se generan varios vínculos con distintas personas. El tipo y la calidad del vínculo dependen, no solamente del rol que desempeñe cada parte, sino también de los valores personales de cada individuo. En esta línea, no podemos, por ejemplo, generalizar que todos los profesionales de la salud están en desacuerdo con el parto domiciliario por el hecho de desempeñar sus tareas asistenciales en una institución, y además el vínculo con estos últimos se puede fortalecer o debilitar en cuanto a la actitud de éste de emitir o no, una opinión o juicio a la mujer embarazada respecto de su decisión.

5.3 EXPECTATIVAS Y VIVENCIA DEL NACIMIENTO

*“Yo soy mujer,
soy loba poderosa.
Soy creadora de vida aquí en la Tierra.
Soy gestadora de todo renacer
y aquí en mi vientre está todo mi poder”*

-Loli Cósmica-

En esta categoría se abordan las experiencias y vivencias del parto. Para comenzar, recordemos que del total de mujeres entrevistadas (siete), cinco lograron tener un parto domiciliario y dos fueron trasladadas durante el trabajo de parto. En base a estos resultados, y dado que la muestra de mujeres que fueron trasladadas es pequeña, de sus relatos sólo serán tenidas en cuenta las partes previas al traslado, y serán analizados los casos que concluyeron en un parto domiciliario. De éstos, se incluirán tanto los que fueron asistidos por las parteras como los que no. Se analiza cómo fue la vivencia del preparto, el trabajo de parto y el parto propiamente dicho para las participantes, y se comparan éstas con las expectativas que tenían previamente, intentando evaluar su grado de satisfacción. Veremos que en general las expectativas eran realistas. Los partos sucedieron sin complicaciones y las experiencias vividas cumplen en gran medida con lo esperado.

En cuanto a las expectativas, se les preguntó a las participantes cómo se habían imaginado el parto de su hijo/a. Se indagó si tenían un plan específico de cómo querían parir, ya sea en su mente, una visualización de ese momento, o los acuerdos que pudieran haber realizado con las parteras. Si bien muchas mujeres refieren que no tenían una planificación estricta de cómo deseaban que sucedieran los acontecimientos el día del parto, la mayoría concuerda que la idea era dejarse llevar por las sensaciones, confiar en su cuerpo e intervenir lo menos posible.

Algunas de ellas sí tenían una idea clara, habían formado en su mente una imagen de la escena del nacimiento que comprendía un lugar físico, luces, aromas, música y hasta una posición para pujar. Estas proyecciones se pueden resumir en la intención de generar un ambiente de confort y seguridad, como se habló en la categoría “motivaciones”.

“(...) había momentos que yo tenía como una imagen así, de la estufita prendida, y como pariendo ahí al lado del fueguito, este, pero había otros momentos que me veía como escondiéndome en una habitación, en una esquina, (se ríe) que nadie me molestara. Este, no, no tenía, no tenía una idea clara y eso me daba un poquito de inseguridad, como “bueno, no sé en qué posición voy a estar”, “no sé en qué lugar va a ser”, ¿viste? (...)” Carolina

De este breve relato podemos extraer varios puntos que fueron explicados anteriormente respecto al nacimiento de los mamíferos humanos. Durante el embarazo la participante se cuestionaba aspectos que le generaban inseguridad, algo propio de la especie humana, gracias a la capacidad de razonar. Pero por otra parte, menciona cuestiones más “primitivas” como explica Odent (2012): necesidad de un ambiente cálido, esconderse (no sentirse observada o amenazada) y que no la molesten.

Un aspecto relevante en cuanto a las expectativas sobre el parto, es que si bien las participantes se encontraban planificando un parto domiciliario, en general no lo idealizaban y en su mayoría tenían presente que los acontecimientos podían llegar a darse de una manera distinta. Gracias también a que uno de los aspectos que se planifican con las parteras es un plan de traslado, casi siempre las mujeres y sus parejas eran conscientes y realistas en cuanto a que la posibilidad de terminar pariendo en una institución o teniendo una cesárea, eran reales. A continuación se exponen dos relatos con ejes completamente distintos en relación a las expectativas y la idealización del parto:

*“(...) Bueno, en verdad yo estaba así como que fuera lo que tuviera que ser, porque me había servido de experiencia en el parto de **Hijo mayor**, me había llenado de expectativas y en el momento me dí cuenta de que en realidad es como tiene que ser, y es imposible planear algo (...) No, ahora estaba tipo “va a ser como tenga que ser” entonces me amigué con el tema de la cesárea, me amigué con la episiotomía ¿viste? como, ta’, no me opuse a nada, sabía que eso, ta’, que iba a fluir (...)” Iris*

“(...) Quería que fuera en mi casa y punto. ¿cómo? Como se diera (...) me imaginaba que lo iba a parir en seguramente en cuatro patas, y acá en mi casa, más o menos el lugar sí, adelante de la cama (...) compré todo lo que quería para tener, bueno, o sea, tenía la música que ya había elegido, los inciensos, velas perfumadas, eh, aceites esenciales, comida, lo que más o menos me apetecía que, al final no comí nada pero digo, sí, todo eso lo teníamos bastante planificado digamos (...) Ina

La primera participante citada tuvo trabajo de parto rápido, acompañada solamente de su pareja, ya que la velocidad con la que avanzó el trabajo de parto no dio tiempo a que la partera arribara al domicilio. En cambio, la segunda fue trasladada por un trabajo de parto que dejó de avanzar y culminó en una operación cesárea. No vamos a analizar los motivos de una u otra finalización del embarazo ni entrar en detalles sobre la situación obstétrica de cada mujer, ya que no es el objetivo de este trabajo. Lo que destacamos de estas dos experiencias, es la importancia de tener en cuenta que un nacimiento siempre es un evento impredecible. Aunque los requisitos para ser candidata a un parto domiciliario planificado consten de factores que determinen un embarazo y parto de bajo riesgo obstétrico, el parto vaginal nunca es 100% seguro y las emergencias obstétricas siempre deben ser tenidas en cuenta durante la planificación. Las parteras cumplen un rol fundamental durante el acompañamiento del embarazo y deben fomentar en las mujeres y sus parejas expectativas reales.

Por último, en cuanto a la planificación, es relevante tener decididos algunos aspectos básicos de antemano. Por ejemplo, elegir cuidadosamente la o las

personas que estarán presentes en el momento del trabajo de parto. Como se explicó anteriormente, durante esta fase la mujer necesita reprimir la parte “racional” de su cerebro y dejarse llevar por la parte más primitiva. Es necesario un lugar cómodo, cálido y un ambiente de confianza y seguridad para que el cuerpo segregue las hormonas necesarias y todo el proceso se dé de manera fisiológica. Un cambio repentino de las circunstancias, algo no previsto o que represente una preocupación o amenaza para la mujer, puede hacer que hormonas como la adrenalina entren en acción y el trabajo de parto se desvirtúe de su curso. Un ejemplo de esta situación es el caso de la participante anteriormente citada que, luego de progresar en su trabajo de parto hasta tener 6 centímetros de dilatación, dejó de tener contracciones uterinas. El nuevo escenario llevó a que fuera trasladada y su embarazo finalizara en una cesárea. En su relato explica lo que causó esta interrupción del proceso, que se venía dando de manera fisiológica y armoniosa:

“(...) yo no sabía si quería que mi madre estuviera o no estuviera, (...) empezó a mandar mensajes, que quería venir, que quería venir, y yo, medio como que... me desconcentré, ¿viste? Venía re bien, (...) estaba como de 6 centímetros, creo (...) bueno, ta, dudé tanto y me desconcentré tanto, que ahí fue que, que dejó de avanzar, ¿viste? (...) en un principio ella medio como que se pudo mantener así como a raya, o a distancia, pero ya después invadió (...)” Ina

A continuación, se realiza un análisis de la experiencia de las etapas previas al nacimiento: el parto y el trabajo de parto. Recordemos que para esta parte del análisis sólo serán tenidas en cuenta las mujeres que concluyeron su parto en domicilio. Sobre esta etapa, todas las participantes manifiestan aspectos positivos como el libre movimiento, seguridad al poder transitarlo en un ambiente familiar y continuar con sus actividades diarias mientras su cuerpo se preparaba gradualmente para el nacimiento de su hijo/a.

*“Y a las ocho ahí cuando se levanta mi nene empezamos como la rutina en casa, **Pareja** empieza a hacerle el desayuno, ahí yo hablando con las parteras este eh, veía que las contracciones se me venían cada dos minutos, tenía una contracción cada dos minutos, eran bien parejas las contracciones (...)” Tania*

“(...) (Con su hija mayor) fuimos a la playa, pre, antes de entrar en el trabajo de parto, estuvimos en la playa (...) caminé, le metí pata, como una loca, ya me senté en la orilla del mar y sentí como que se “ffsss”, se que iba muchísima agua (...) creo que se rompió la bolsa, (...) almorzamos, y en las primeras contracciones dolorosas, ella estuvo y la vino a buscar el papá de una amiguita y se fue (...)” María

La muestra de participantes de esta investigación corresponde mayormente a un perfil de mujeres que tienen una filosofía de vida naturalista, confían en la sabiduría de su cuerpo como un máquina perfectamente diseñada para gestar y parir. Se valen de técnicas no farmacológicas para alivio de molestias o tratamientos de patologías. En las citas anteriores se observa cómo cada etapa del proceso se vive con naturalidad, sin alarma, con la certeza y seguridad de que todo lo que sucede en sus cuerpos es natural, y lo integran a la rutina de su día. También, por ejemplo, previo al parto, todas las mujeres identificaron el momento en que debían llamar a las parteras. Algunas de ellas se basaban en lo trabajado en la preparación previa, donde se les había explicado la frecuencia y características que debían tener las contracciones uterinas. Este aspecto concuerda con el aporte de Vidal et al (2012) quienes deducen que las mujeres que habían recibido un curso básico de preparación psicofísica para el parto manifestaban haber podido aplicar los conocimientos en el trabajo de parto.

Sin embargo, otras comentan que simplemente “sintieron” que iban a parir, aunque los signos que percibían de su cuerpo no coincidieran con la teoría. Esto denota un conocimiento de su cuerpo, una conexión con el mismo y la confianza de que él sabe cómo hacerlo. A propósito, en varias de las participantes, la búsqueda de conexión con el cuerpo había sido un elemento que las había motivado a planificar un parto en casa. Respecto a esto, también se observó que se daba una conexión con sus hijos cuando aún se encontraban embarazadas. Como ejemplo perfecto de esto, se cita un fragmento de una de las entrevistas:

(...) realmente todo lo que se trabajó en el embarazo, lo que trabajé con ella, (su bebé) el fruto fue el parto, el parir, el poder, porque mismo cuando me decían que tenía un 99,9% de no poder parir [por ser bicesareada] y yo le decía a ella: No, vas a ver que no es así, que nosotros vamos a poder parir, que vas a ver que vos vas a poder salir de mi vagina, que es así como nosotras parimos. Entonces como que eso... Después que nació fue como que realmente la conexión se hizo más profunda a todo vientre con ella, como la importancia de eso, de conectar..."

Tania

Más adelante, cuando las mujeres perciben que los signos de su cuerpo denotan un trabajo de parto, se comunican con las parteras para que éstas acudan al domicilio. En este momento entra en juego otro aspecto relevante para ser analizado en esta categoría: el servicio brindado por las parteras, a la luz de las expectativas depositadas sobre el mismo.

A fin de obtener insumos para este análisis, se les preguntó a las participantes sobre los encuentros con las parteras durante el embarazo, si acordaron elementos o intervenciones específicas para el día del parto, cuál era el rol que querían que ocupara la partera y, finalmente si estaban conformes con la atención. Se indagó sobre su satisfacción con el servicio en general que éstas le brindaron y se les preguntó si volverían a elegir este tipo de experiencia en un hipotético embarazo futuro.

Uno de los componentes importantes para el parto domiciliario planificado, es el tiempo que transcurre desde que la partera es contactada hasta que la misma arriba al domicilio de la familia. Recordemos que las parteras, en estos casos, eran residentes de Montevideo o del área metropolitana, pero las familias participantes estaban distribuidas en Montevideo y en distintos puntos del interior del país. Se asume que esta cuestión debió ser tenida en cuenta por las profesionales al momento de aceptar acompañar a la pareja en el proceso de planificación del parto. Los relatos de las mujeres son variados respecto a este tema, habiendo parteras que

no lograron llegar al domicilio antes del nacimiento y otras que estuvieron largas horas acompañando el trabajo de parto.

Sin embargo, la distancia no es el único factor que puede causar que el nacimiento se dé sin asistencia profesional. Así como sucede que algunas mujeres paren en su casa sin planificarlo, o lo hacen en algún medio de transporte de camino a la institución, también cuando se planifica un parto domiciliario asistido por profesionales, la naturaleza puede desviar el curso de lo planificado. A propósito de esto, en este trabajo surgió el testimonio de una participante oriunda de un balneario a unos 300 km del lugar de residencia de la partera que la acompañaba. Junto con su pareja se encontraban habitando una casa prestada desde la semana 39 del embarazo. La misma se encontraba frente a la casa de la partera. Estos son algunos fragmentos de su relato:

*“Estábamos **Pareja** y yo solos en ese momento, ta, nos acostamos ahí, yo seguí con las contracciones fuertes, cada vez más fuertes, cada vez más fuertes, y en un momento me vinieron ganas de pujar (...) “pero ¿tan rápido?” Fue como, ta, no puedo estar dilatada porque recién vino **Partera** y me dijo que no estaba dilatada ¿viste? Y ahí le dije a **Pareja** “llamá a **Partera** porque esto está re intenso, me duele mal, no puedo respirar entre una contracción y la otra”, de tan fuertes que estaban y de tan seguidas ¿viste? Y **Pareja** llamó a **Partera** y yo me levanté porque tenía ganas de pujar, y ahí como media desesperada “ta ta” me decía **Pareja** “no pujes, no pujes, respirá, no pujes, esperá que venga **Partera**” y, me fui para el baño, y **Pareja** agarró y me dijo “esperame un segundito que me voy a poner los pantalones”, se fue para el cuarto y cuando volvió para el baño yo ya tenía la cabeza ahí en medio de las piernas, y le dije “ta, la tenés que agarrar vos” (...)”*

*“(...) así que la verdad que nació rapidísimo. Bueno, **Pareja** la llamó a **Partera** para que fuera, y a los tres minutos, ¡a los tres minutos! nació **Bebé**. O sea, **Partera** no llegó a cruzar la calle.” Iris*

En esta misma línea, surge otro caso donde el nacimiento se da sin la asistencia de las parteras, pero en el que intervienen dos aspectos relevantes: la distancia y la actitud tomada por las parteras ante el llamado de la mujer. La misma refiere haber tomado contacto con las parteras en horas de la mañana con claros signos de que el parto se aproximaba y durante el día les fue reportando el avance.

“Pareja les iba diciendo cada cuanto eran las contracciones en todo momento, yo creo que cuando eran (...) cada diez minutos, pero muy dolorosas, si estás en Montevideo, yo creo que ya está, tenés que salir. Como que es obvio que se va a desencadenar, porque como te digo, ya venía con fisura de bolsa, era mi segunda hija, no sé, creo que ahí, ¿no? como... y si llegás y estás unas horas antes medio al pedo ¡y bueno! ¿no? Como, bueno, toca esperar un poquito. Como querer llegar, muy ahí, ajustadito, me parece que es mucho riesgo (...) Lo que pasa es que bueno, está el tema de que pasó en varios- en todos en realidad- los partos que teníamos en esa fecha, que no llegaron a tiempo. No llegaron. Para ninguno.” María

Continuando con esta línea, pero sin ahondar en cada uno de los casos en particular, lo que se intenta expresar es la imposibilidad de prever cada detalle cuando se trata de un nacimiento. Además, cabe destacar cómo la falta o escasez de parteras que se dediquen a la asistencia en domicilio en el interior del país puede contribuir a que estas familias queden vulnerables ante la posibilidad de un parto sin asistencia profesional. Como dijimos anteriormente: si bien el parto es un evento fisiológico que hace parte de la vida sexual de las mujeres, y uno de los requisitos para ser candidata a un PDP es tener un embarazo de bajo riesgo obstétrico, nuevamente recalcamos la importancia de contar con asistencia profesional para detectar desvíos de la normalidad y tomar una conducta cuando es necesario.

En los relatos de partos domiciliarios se destacan algunos aspectos en los cuales las participantes coinciden: Por un lado, todos los nacimientos se dieron con la madre en posiciones verticales o en cuatro apoyos. Ninguno de los partos requirió episiotomía. La cantidad de tactos vaginales que realizaron las parteras fue mínima, habiendo casos donde no se realizó ninguno. Estos datos sobre los resultados

perinatales coinciden con los encontrados por González y Buñuel (2010) y por Snowden et al (2015), quienes describen mejores resultados maternos en los PD (en comparación con los partos hospitalarios). Por otro lado la pareja tenía una participación activa durante el trabajo de parto, se involucraba en el proceso, lo vivían en unidad y compañerismo. Su rol iba desde armar una piscina o alcanzarle algo, ser sostén para ayudar en posiciones verticales hasta participar en el recibimiento de su hijo/a (o asistirlo a solas como en el anterior relato del caso de *Iris*) y cortar el cordón umbilical.

Al indagar sobre el momento del periodo expulsivo⁴, como mencionamos al principio, las participantes relatan que los nacimientos se dieron en posiciones verticales (sentada, parada, arrodillada y apoyada sobre la cama) o en cuatro apoyos. Entre las sensaciones físicas que describen las mujeres sobre este momento específico se encuentran: dolor, ardor, presión, fuerza, alivio, placer, adrenalina, “sentir como que se abre el cuerpo”.

“(…) el momento este que te dije de contenerme para no empujarla, y sentir ahí que ella hacía así esa bajada, bueno dolor, ardor, pero sí, como con ese inminente placer que decís “bueno este segundo pasa y, la gloria” (...) Y placer también, porque pude, como yo, tocar, tocarla, eh, sentirla yo, sentir mi cuerpo y su proceso de salir.” María

Respecto al dolor y el alivio de este, surgen técnicas instintivas como los cambios de posición, movimientos respiración y vocalización.

“Yo creo que la respiración, para mí la respiración fue clave y también soy ehh instructora de yoga y doy clases de yoga para embarazadas (...) y siempre practicamos mucho con el abrir la boca porque eso te conecta todo con, con la pelvis, el “ahhh” entonces (...) yo estaba todo el tiempo como abriendo mucho la boca, y respirando y abriendo la boca, respirando y abriendo la boca y como

⁴ Etapa del trabajo de parto que comienza cuando la dilatación del cérvix es de 10 cm (dilatación completa) y va hasta la expulsión final del feto.

haciendo un sonido “ahhh” y ahí liberaba. Creo, creo que eso me ayudó mucho... mucho, mucho.” Tania

En general, si bien mencionan el dolor o la presión en el periné en el momento del expulsivo o durante las contracciones del trabajo de parto, en general las participantes no hacían énfasis en este aspecto. Esto puede estar vinculado al ambiente generado para ese momento, en general con luces tenues, temperatura cálida, acompañadas de personas en quienes confiaban y le generaban seguridad. Todo esto permite la relajación y disfrute del proceso, logrando atenuar las sensaciones molestas como el dolor.

En cuanto al plano emocional, surgen sentimientos como el miedo (de desgarrarse, de no poder), emoción, ganas de llorar, concentración, y sobre todo enajenación. Acá vemos el fenómeno descrito por Odent (2012) quien explica que durante el parto, el neocórtex se “desactiva” para permitir que actúen las estructuras más primitivas del cerebro. Muchas de las participantes refieren haberse encontrado en una especie de trance mientras parían, estar “ausentes” del mundo exterior, concentradas únicamente en parir a sus hijos; una de ellas lo llamó “mundo parto”. Este fenómeno es igual al encontrado por Muñoz et al (2018a), quienes encuentran que las mujeres describen el momento del parto como un proceso natural, animal, y una experiencia límite, dado a que no se tiene pleno control.

“Estaba muy concentrada, como viste esos estados de concentración de, no sé, bueno, estás como drogada también, ¿no? de todo este estado químico fuerte(...)” María

*“(...) hubo como un cambio grande después de que nace **Bebé**. O sea, hasta el momento en que va a nacer **Bebé** es como una consciencia un poco rara, (...) Estaba consciente, estaba ahí pero no como estoy ahora, ¿entendés? (...) estaba como muy enfocada en lo que estaba haciendo, es como que el mundo de afuera no existía (...) como que, yo era partícipe pero de alguna manera también todo transcurría a través de mí (...) en ese momento en el que nace, es como que entrás en otro estado de consciencia mucho más normal por decirlo*

así. Te empezás a dar cuenta de otras cosas, que hasta el momento, hasta que no nace, estás como en esa nube(...) Y bueno, después que nació sí, estuve como más presente, desde el lugar de conectarme más con ese afuera. Hablar por ejemplo, algo básico, ¿no? empecé a hablar, que hasta el momento no hablaba” Carolina

En los casos que el parto fue asistido por parteras, el rol de estas era más que nada de estar presentes. Motivaban, acompañaban, pero “sin dirigir”, como lo expresó una de las mujeres. Las intervenciones fueron mínimas. Las participantes explican que su presencia en la casa les generaba sensación de seguridad, y eso les permitía entregarse a las sensaciones de su cuerpo. En estos casos, en el momento del nacimiento propiamente dicho, las parteras recibían al recién nacido y lo entregaban inmediatamente a la madre.

En términos generales las mujeres que tuvieron el parto en el domicilio, tanto las que fueron asistidas por las parteras como las que no, expresan satisfacción con la experiencia vivida. Se les preguntó si habrían cambiado algo y los elementos que surgieron fueron: que sus hijos mayores estén presentes, en los casos que no lo habían estado, y que las parteras acudan más rápido al llamado, aunque luego haya que esperar más tiempo hasta el momento del parto:

“(…) mejoraría esa dinámica, más profesional, ¿viste? “bueno, estoy cobrando por un servicio, tengo que estar” (...) en realidad mirá, nosotros en el primer momento dijimos “salió todo perfecto” (...) Después, con los días, fuimos cayendo como un poco en “¿y si necesitábamos algo? ¿y si...?” ¿no? (...)” María

Por último, todas las participantes que concluyeron el parto en su casa, expresaron que si volvieran a tener un hijo, planificarían nuevamente un parto domiciliario, lo que nos permite concluir que la experiencia vivida por estas, más allá de algún elemento que quisieran que haya sido distinto, colmó sus expectativas.

“¡Ay! estaba naciendo ¿entendés? y estaba pasando lo que... ta... era como medio película porque ¿viste como cuando soñás algo y después no sabés si es

verdad o no? Era como que medio eso ¿viste? no sabía si estaba pasando en realidad o no porque era todo como yo medio me lo había imaginado.” Eugenia

Como conclusiones de esta categoría podemos decir que al planificar un parto, ya sea para ocurrir en domicilio o en institución, es importante tener expectativas reales, teniendo siempre en cuenta que por más planificado que esté cada aspecto, no deja de ser un evento impredecible y el profesional que acompañe a la mujer/pareja debe ser realista y plantear este asunto. En cuanto al rol de la partera en el momento del nacimiento, es fundamental resaltar que “asistir” no necesariamente implica “hacer”. La partería es un arte que va más allá de la obstetricia como disciplina médica-científica. Las mujeres están “diseñadas” y “equipadas” con todo lo que es necesario para gestar y parir a sus hijos, y es fundamental tener una conexión profunda con la naturaleza, con el cuerpo para poder “escucharlo” y dejarse guiar por él, como relatan las participantes. Y por último, que todas las mujeres que tuvieron un parto domiciliario lo volverían a elegir.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

Finalizando este trabajo de investigación, podemos afirmar que todos los objetivos propuestos fueron alcanzados y se obtuvieron respuestas a todas las preguntas planteadas. A continuación se mencionan los principales hallazgos:

La idea de planificar un parto domiciliario (PD) surge principalmente de la necesidad y el deseo de las mujeres de vivir una experiencia que les permita ser protagonistas. Esto implica para ellas poder tomar las decisiones en todo el proceso, ser informadas debidamente de todo lo que ocurra y sobre todo, evitar intervenciones innecesarias. Para ello es fundamental contar con un entorno de sostén afectivo que les genere confianza, el cual está conformado principalmente por la pareja, una doula y la/s obstetra-partera/s (OP).

La actual situación de emergencia sanitaria provocada por la pandemia de Coronavirus fue un elemento propio del contexto en que se realizó este trabajo, que contribuyó a que algunas mujeres se decidieran por la opción de planificar un PD.

El principal medio por el que las parejas acceden a información para contactar a las parteras que se dedican a la asistencia de partos domiciliarios es a través de doulas.

El PD es un acontecimiento que involucra a la familia. Las mujeres desean estar acompañadas fundamentalmente de su pareja en todo el proceso, que abarca todas las etapas desde el embarazo hasta el nacimiento; aunque también muchas deciden involucrar a doulas, amigas o familiares en la experiencia.

Durante el proceso de planificación y asistencia del PD se genera entre las familias y las OP un vínculo de cercanía que permite un alto grado de confianza de la mujer sobre las profesionales.

La planificación de un PD debe llevarse a cabo siempre con expectativas reales, lo cual implica ser consciente de que el parto es un evento impredecible. El grado de satisfacción de las mujeres sobre el nacimiento de sus hijos/as está íntimamente relacionado con las expectativas generadas previamente.

Las competencias inherentes de la OP la hacen una profesional capaz de valorar la evolución del embarazo y trabajo de parto y detectar desviaciones de la normalidad

o emergencias de manera oportuna y decidir responsablemente la necesidad de realizar un traslado a una institución.

Las mujeres que optan por un PD están igualmente amparadas por el sistema sanitario y son recibidas en la institución siempre que requieran un traslado en cualquier etapa del proceso.

Para planificar un PD asistido por un profesional capacitado en Uruguay, las mujeres y sus familias necesitan contar con recursos financieros que les permitan costearlo. Esto puede representar un impedimento para que algunas mujeres no lo puedan llevar a cabo.

La dificultad de encontrar parteras profesionales en el interior del país que se dediquen a la asistencia de partos en domicilio supone un riesgo para las mujeres que deciden tener este tipo de parto, dado que deben contratar el servicio de profesionales que residen a grandes distancias y por esto tienen más posibilidades de parir asistencia profesional.

Es necesaria la sensibilización de todos los profesionales de la salud involucrados en la asistencia a mujeres en su proceso reproductivo sobre la situación del PD en Uruguay, con el fin de que sean capaces de acercarles a las mismas esta opción e información de calidad. Esto contribuiría a que las familias puedan evaluar y decidir el tipo de asistencia que desean para el nacimiento de sus hijos/as.

La falta de investigaciones acerca de la seguridad del PD en el país conlleva a que el Ministerio de Salud Pública realice sus recomendaciones en base a realidades de otros países, alejadas a las nacionales.

La voluntad de las familias que optan por un PD es invisibilizada por el sistema en la medida que los nacimientos son registrados como domiciliarios pero sin contemplar si el mismo fue voluntario o accidental.

Por último, podemos concluir que todas las mujeres que lograron tener su parto en domicilio lo describen como una experiencia satisfactoria. Definen el parto como un momento trascendental para ellas y las personas que estuvieron involucradas. El vínculo con sus parejas se ve reforzado y mejoran sustancialmente su autoconfianza como mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC) & Instituto nacional de estadística (INE). (2019). *Informe EUTIC 2019 Encuesta de Usos de Tecnologías de la Información y la Comunicación*.

Almaguer, J., García, H., & Vargas, V. (2012). Nacimiento Humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en Cifras*, 10(2/3), 44-59.

Asociación Española de Matronas. (s.f.). *Asociación Española de Matronas*. Recuperado el 1 de Mayo de 2020, de <https://aesmatronas.com/formacion/formacion-aem/#1516032124463-6b0c1044-e3af>

Asociación Nacer en Casa. (s.f.). *Nacer en Casa*. Recuperado el 18 de mayo de 2020, de <http://nacerencasa.org/quienes-somos/>

Belló, M., & Becerril, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 56(2), S96-S108.

Biblia. Antiguo Testamento. Génesis 3. *Desobediencia del hombre*.

Birgin, D., Giordano, E., & Zuker, M. (2018). La importancia del vínculo entre equipo profesional, paciente y familia en el proceso de la enfermedad. *Hematología*, 11(22), 164-168.

Burutxaga, I., Pérez, C., Ibáñez, M., de Diego, S., & Golanó, M. (Enero de 2018). Apego y vínculo: propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis* (15).

Callero, S. (2014). Resultados perinatales en el parto domiciliario planificado, asistido por obstetras parteras en Uruguay. Un camino que une el arte y la ciencia...

CBS Statistics Netherlands. (3 de marzo de 2011). Recuperado el 17 de marzo de 2020, de Three quarters of deliveries in hospital: <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2011/18/three-quarters-of-deliveries-in-hospital>

Centenera, M. (10 de Mayo de 2020). *Partos en casa, una opción contra el miedo al coronavirus en Argentina*. Recuperado el 11 de Agosto de 2021, de El País: <https://elpais.com/sociedad/2020-05-10/partos-en-casa-una-opcion-contra-el-miedo-al-coronavirus-en-argentina.html>

Centro Hospitalario Pereira Rossell. (2018). *Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal Año 2018*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2020, de <https://www.asse.com.uy/contenido/Informe-de-Gestion-y-Sistema-Informatico-Perinatal--ano-2018-11412>

Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. (2010). *Guía de asistencia del parto en casa*. Barcelona.

Colacioppo, P., Duarte, M., González, M., Schneck, C., & Hitomi, R. (Diciembre de 2010). Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2).

Conde, F. (2011). Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. Lanzarote-España.

Confederación Internacional de Matronas. (s.f.). *Quiénes Somos*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2020, de <https://www.internationalmidwives.org/es/sobre-nosotros/quienes-somos/>

Confederación Internacional de Matronas; Organización Mundial de la Salud; & Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *Estado de las Matronas en el mundo*.

Decreto 2035/2015 *Reglamentación Ley N° 25.929 Parto Humanizado* (2004) Recuperado el 11 de Agosto de 2021 de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

de Jonge, S., van der Goes, A., Ravelli, A., Amelink, M., Nijhuis, J., Bennebroek J., & Buitendijk, S. (2009) Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(9).

Delgado, C., Sampaio, I., & Barros, M. (2007). La Vivencia de Mujeres en el Parto Domiciliario y Hospitalario. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(1), 98-104.

epdata. (5 de marzo de 2019). Recuperado el 17 de marzo de 2020, de Partos en casa, datos y estadísticas: <https://www.epdata.es/datos/partos-casa-nacimientos-datos-estadisticas/237/espana/106>

Escuriet, R., Pueyo, M., Biescas, H., & Espiga, I. (2014). La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Prof*, 15(2), 62.70.

Ferra, M. (2014). Parto domiciliario planificado. La experiencia de las mujeres que requirieron traslado a instituciones sanitarias. Uruguay.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2011). *El estado de las parteras en el mundo-cuidar la salud, salvar vidas*.

García, J., & Medina, S. (2009). Factores Asociados a la Satisfacción Materna con la Experiencia del Nacimiento de su Hijo. *Boletín clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 26(1), 23-27.

García, M., & García, A. (2005). Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia. *Matronas Profesión*, 6(1), 11-18.

Gobierno de Santa Catarina. (7 de Noviembre de 2018). Recuperado el 21 de Noviembre de 2020, de Santa Catarina tem menor percentual de pobreza do país: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/desenvolvimento-social/santa-catarina-tem-menor-percentual-de-pobreza-do-pais>

González, J., & Buñuel, J. (2010). El parto domiciliario triplica la mortalidad neonatal respecto al parto hospitalario. *Evidencias en Pediatría*, 6(59).

Hernández, R; Fernández, C.; & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México D.F: McGRAW-HILL.

Hutter, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid: Turner publicaciones SL.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (s.f.). Recuperado el 21 de Noviembre de 2020, de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/florianopolis.html>

La Vanguardia. (18 de Agosto de 2020). *Separan a una madre de su bebé porque su marido dio positivo por coronavirus antes del parto*. Recuperado el 21 de Mayo de 2021, de La Vanguardia: <https://www.lavanguardia.com/cribeo/estilo-de-vida/20200818/482902288439/separan-madre-bebe-recien-nacido-porque-marido-positivo-coronavirus-antes-parto.html>

Ley N° 18355 Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud (2008). Recuperado el 13 de Enero de 2021 de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>

Ley N° 18.426 Defensa al derecho de la Salud Sexual y Reproductiva (2008). Recuperado el 13 de Enero de 2021 de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1575474.htm>

Ley N° 25.929 Parto Humanizado (2004) Recuperado el 11 de Agosto de 2021 de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

Lutz, E. (2019). *Provocaciones de una Partera Pasado presente y futuro. Parteras, partos y algo más*. Montevideo: Pimesol S.A.

Manrique, J., Fernández, A., Echevarría, A., Figuerol, M., Teixidó, J., & Barranco, M. (2014). Historia de la profesión de matrona. (c. o. Lleida, Ed.) *inf*, 18(69).

Márquez, A. (2011). Revisión sobre el acompañamiento en el proceso de parto. *Revista científica Hygia de Enfermería*(77), 31-35.

Médicos sin Fronteras. (12 de Marzo de 2020). *¿Qué es una pandemia? ¿Cuál es la diferencia entre pandemia y epidemia?* Recuperado el 20 de Enero de 2021, de Médicos sin Fronteras: <https://www.msf.org.uy/actualidad/que-una-pandemia-cual-la-diferencia-pandemia-y-epidemia>

Ministerio de Salud. (Enero de 2021). *Natalidad y Mortalidad Infantil*. Recuperado el 11 de Agosto de 2021, de Argentina.gob.ar: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletinro163.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2014). Guías en Salud Sexual y Reproductiva- *Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. Uruguay.

Ministerio de Salud Pública. (s.f). Recuperado el 1 de Abril de 2020, de http://colo1.msp.gub.uy/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITAL_NAC&lang=esp

Ministerio de Salud Pública. (2018). Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. Uruguay.

Monterde, E., Ferrer, P., Parra, J., & López, M. (4 de Julio de 2018). Protocolo: control gestacional en gestantes con cesárea anterior. Recuperado el 13 de Noviembre de 2020, de Medicina Fetal Barcelona: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>

Municipalidad Distrital de Ventanilla. (7 de Mayo de 2020). *Plan distrital de seguridad ciudadana 2020*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2020, de Municipalidad de Ventanilla: https://www.muniventanilla.gob.pe/contenidos-nfs/files/otrosEnlaces/codisec/PADSC_2020_FINAL_compressed.pdf

a- Muñoz, C., Contreras, Y., & Manríquez, C. (2018). Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia Enfermería Global*, 83(6), 586–594.

b- Muñoz, M., Uribe, C., & Hoga, L. (2018). Padre preparado y comprometido en su rol de acompañante durante el proceso de parto. *Aquichan.*, 18(4), 415-425.

Odent, M. (2012). *La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad Textos escogidos de Michel Odent* (Tercera ed.). Santa Cruz de Tenerife, España: Ob Stare.

Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). Recuperado el 17 de Febrero de 2020, de <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Ginebra. Obtenido de Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*,. Recuperado el 7 de abril de 2020 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1

Organización mundial de la Salud. (2018). *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*. Recuperado el 1 de Mayo de 2020, de Organización mundial de la Salud: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))

Organización Panamericana de la Salud. (11 de Marzo de 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. Recuperado el 20 de Enero de 2021, de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Real Academia Española. (s.f.). *Miedo*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2020, de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/miedo>

Real Academia Española. (s.f.). *Vínculo*. Recuperado el 23 de Mayo de 2021, de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/v%C3%ADnculo>

Ricci, P., Perucca, E., & Altamirano, R. (2003). Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición: rotura uterina, una complicación posible. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 523-528.

Ruiz, R., Romero, F., & Fontanillo, A. (2012). Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)*, 8(1).

Schwarcz, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2014). *Obstetricia* (Sexta ed.). El Ateneo.

Sedano, M. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Los Condes*(25), 866-873.

Silveira, I., Monticelli, M., & Knobel, R. (2013). Perfil de casais que optaram pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Escola Anna Nery*, 17(2), 298-305.

Snowden, J., Tilden, E., Snyder, J., Quigley, B., Caughey, A., & Cheng, Y. (2015). Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 373(27), 2642-2653.

Tarqui, C., & Barreda, A. (2005). Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 22(2), 109-116.

Universidad de la República. (s.f.). Recuperado el 7 de Julio de 2020, de Obstetra-Partera: <http://udelar.edu.uy/portal/2019/04/obstetra-partera/>

Universidad de la República. (s.f.). Recuperado el 7 de Julio de 2020, de Licenciatura en obstetricia: <http://udelar.edu.uy/portal/2019/04/licenciatura-en-obstetricia/>

Universidad de la República. (s.f.). *Obstetra-Partera*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2020, de <https://udelar.edu.uy/portal/2019/04/obstetra-partera/#:~:text=Perfil%20del%20egresado%3A,reci%C3%A9n%20nacido%20y%20al%20lactante.>

Universidad de la República. (2 de Setiembre de 2011). Recuperado el 6 de Julio de 2020, de Parteras: Especialistas en respetar el tiempo del nacimiento: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/28694#:~:text=La%20Escuela%20de%20Parteras%20es,que%20fuera%20fundada%20la%20facultad.&text=E%20n%201990%20se%20realiz%C3%B3%20el,de%20Partera%20a%20Obstetra%20Partera.>

Viaedu. (s.f.). *Carreras de Obstetricia*. Recuperado el 11 de Agosto de 2021, de Viaedu: <https://www.viaedu.com.ar/ofertas?q=obstetricia>

Vidal, A., Reyes, M., Fernández, Y., González, G., Acosta, T., & Yero, L. (2012). Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(1), 17-21.

Vigna, A. (2018). Aportes para la reflexión acerca de los saberes constitutivos del campo de conocimiento de la Partería profesional.

ANEXOS

Anexo 1 - Reglamentación del ejercicio de la profesión partera.

Aprobado por: Decreto N° 445/007 de 19/11/2007

- Artículo 1.- El Ministerio de Salud Pública autorizará el ejercicio libre de la profesión de Partera dentro del territorio nacional a toda persona que posea el título correspondiente expedido o revalidado por la Universidad de la República, inscripto en el Registro Oficial de dichas profesionales.
- Artículo 2.-La inscripción del título a que se refiere el Artículo anterior deberá hacerse ante la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, dentro del primer año subsiguiente a la expedición de dicho título por la Universidad de la República - Facultad de Medicina.
- Artículo 3.- El título de Partera habilita para la atención prenatal de embarazos de bajo riesgo, asistencia de partos y puerperios de bajo riesgo y del recién nacido normal.
- Artículo 4.- La Partera debe ser capaz de reconocer las patologías asociadas al embarazo que exijan asistencia médica y debe adoptar las medidas de urgencia indispensables, en el caso de no obtener la concurrencia oportuna del ginecotocólogo/a.
- Artículo 5.- Es también función y competencia de la Partera realizar tareas de educación para la salud integral de la gestante, la familia y la comunidad, fortaleciendo por lo tanto, lo que hace, a la Atención Primaria de Salud, en la promoción, prevención e investigación.
- Artículo 6.- Entiéndase por embarazo de bajo riesgo el que se desarrolla en una mujer sana, portadora de un huevo normal y cuya evolución está libre de enfermedades propias o concomitantes con la gestación y sin accidentes de clase alguna.

- Artículo 7.- Entiéndase por embarazo patológico o de riesgo, la existencia de condiciones patológicas que determinan que una gestación constituya un peligro para la salud e incluso para la vida de la mujer y el producto de la concepción.
- Artículo 8.- Se considera parto de bajo riesgo, todo parto de término que evoluciona, en sus diferentes períodos, en forma fisiológica.
- Artículo 9.- Se considera parto patológico todo aquel que presenta en algún momento de su evolución, síntomas y signos que indican un estado patológico materno y/o fetal. Este deberá ser asistido en el nivel de complejidad que corresponda, por un equipo, al cual estará integrada la Partera.
- Artículo 10.- Se considera puerperio normal el que evoluciona fisiológicamente en sus diferentes etapas, en caso contrario es patológico.
- Artículo 11.- Toda Partera durante el control prenatal, deberá solicitar la paraclínica correspondiente de acuerdo a las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.
- Artículo 12.- Toda Partera que asista un parto y continúe la asistencia de la puérpera y del recién nacido, tiene la obligación de requerir la asistencia de otro profesional capacitado en el área perinatal.
- Artículo 13.- Durante la asistencia del parto, la Partera está habilitada para realizar la episiotomía, la episiorrafía y la sutura de desgarros del 1° y 2° grado, cuando sea necesario.
- Artículo 14.- La Partera está habilitada a realizar intervenciones manuales o instrumentales durante el embarazo, parto y puerperio, en ausencia del ginecotocólogo/a para salvaguardar la vida de la madre y/o el feto. La realización de tratamientos y/o el empleo de medicamentos, se limitará a lo indispensable.
- Artículo 15.- Es obligación de la Partera completar y firmar el Certificado de Nacido Vivo, luego de la asistencia del parto.
- Artículo 16.- Las Parteras están obligadas a denunciar al Ministerio de Salud Pública en Montevideo y a las oficinas o funcionarios correspondientes en los

demás Departamentos, todos los casos de enfermedades infecto-contagiosas que sean de denuncia obligatoria.

- Artículo 17.- En el marco de la integración de la Partera en el Equipo de Salud, está habilitada para realizar la prevención del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (incluida la toma de Colpocitología Oncológica) y solicitar otros estudios complementarios según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.
- Artículo 18.- Las Parteras deben cumplir las disposiciones establecidas en los Códigos, Leyes, Decretos y Reglamentos, sobre responsabilidad profesional; igualmente rigen para ellas los preceptos referentes al "secreto profesional".
- Artículo 19.- Con el objeto de ser amparadas en el ejercicio de su profesión, las Parteras podrán denunciar al Ministerio de Salud Pública los casos de ejercicio ilegal de la profesión, presentando en cada caso los hechos con exactitud de los que tenga conocimiento y de las personas que los cometen.
- Artículo 20.- Para aplicar las sanciones correspondientes por infracciones a lo establecido en este Reglamento, se seguirá el procedimiento que prescriben los Artículos 26° y 28° de la Ley Orgánica de Salud Pública No. 9.202 de 12 de enero de 1934 y además a que se refiere esta reglamentación y concordantes.
- Artículo 21.- Deróguense todas las disposiciones que se opongan a la presente reglamentación.
- Artículo 22.- Comuníquese, publíquese.-

Anexo 2 - Certificado de nacido vivo formato papel

 CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	
De acuerdo con las definiciones internacionales (Organización Mundial de la Salud), NACIMIENTO VIVO es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de dicha separación respire o de otra señal de vida, tal como palpaciones de corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria tanto sea cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta, cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un niño vivo. Todas las criaturas nacidas vivas deberán ser inscriptas y contadas como tales, sea cual fuere el período de gestación y estén vivas o muertas en el momento de la inscripción, las que mueran en cualquier momento posterior al nacimiento deben además ser inscriptas y contadas como defunciones. REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - UNIDAD DE INFORMACIÓN NACIONAL EN SALUD	
DATOS DE LA MADRE CERTIFICADO N°:	
DATOS PERSONALES DE LA MADRE	DATOS DEL PADRE
Tipo de documento: _____ N° de documento: _____ País Emisor: _____ 1° Nombre: _____ 2° Nombre: _____ 1° Apellido: _____ 2° Apellido: _____	Tipo de documento: _____ N° de documento: _____ País Emisor: _____ 1° Nombre: _____ 2° Nombre: _____ 1° Apellido: _____ 2° Apellido: _____
ESTADO CIVIL Soltera ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐	ESTADO CIVIL Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐
USUARIA/O DE:	LUGAR DE NACIMIENTO
ASSE ☐ Mutualista ☐ Sanidad Policial ☐ Sanidad Militar ☐ Seguro Parcial ☐ Particular ☐ Asig. Familiares ☐ Otro ☐	País: _____ Departamento: _____ Localidad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
LUGAR DE NACIMIENTO País: _____ Departamento: _____ Localidad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____	ASCENDENCIA Afro o Negra ☐ Asiática o Amarilla ☐ Europea o Blanca ☐ Americana o Indígena ☐ Otra ☐
ASCENDENCIA Afro o Negra ☐ Asiática o Amarilla ☐ Europea o Blanca ☐ Americana o Indígena ☐ Otra ☐	DOMICILIO País: _____ Departamento: _____ Localidad: _____ Calle: _____ N°: _____ Apto.: _____ Esquina: _____ Otras Descripciones: _____ Secc. Jud.: _____ Secc. Pol.: _____
DOMICILIO País: _____ Departamento: _____ Localidad: _____ Calle: _____ N°: _____ Apto.: _____ Esquina: _____ Otras Descripciones: _____ Secc. Jud.: _____ Secc. Pol.: _____	DATOS DE CONTACTO DEL PADRE Teléfono: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____
DATOS DE CONTACTO DE LA MADRE Teléfono: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____	ESTUDIOS CURSADOS ¿Estudia actualmente? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál es el mayor nivel alcanzado de educación? Ninguno ☐ Primaria ☐ Ciclo Básico ☐ Bachillerato ☐ Terciaria ☐ Último año aprobado en el mayor nivel alcanzado: _____
ESTUDIOS CURSADOS ¿Estudia actualmente? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál es el mayor nivel alcanzado de educación? Ninguno ☐ Primaria ☐ Ciclo Básico ☐ Bachillerato ☐ Terciaria ☐ Último año aprobado en el mayor nivel alcanzado: _____	ESTUDIOS CURSADOS ¿Estudia actualmente? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál es el mayor nivel alcanzado de educación? Ninguno ☐ Primaria ☐ Ciclo Básico ☐ Bachillerato ☐ Terciaria ☐ Último año aprobado en el mayor nivel alcanzado: _____

Anexo 3 - Mensaje a través del cual fue difundida la investigación con el objetivo de reclutar posibles participantes:

“Buenas tardes. Mi nombre es Lucía. Soy estudiante de Partera, y me encuentro en proceso de elaboración de mi tesis. Estoy realizando una investigación sobre la vivencia de mujeres que hayan planificado su parto en domicilio con parteras, independientemente de que hayan podido parir de la manera planificada o en algún momento del proceso hayan tenido que ser trasladadas a una institución. Deben ser mujeres cuyo parto (o eventual cesárea) en cuestión haya sido hace no más de un año. Quienes deseen participar siendo entrevistadas se pueden contactar conmigo escribiéndome al número 094052575 o por correo lemoslucia26@outlook.com.”

Sitios en que fue difundido el mensaje:

- Página de Facebook “Parto humanizado Paysandú”:

<https://www.facebook.com/Parto-Humanizado-Paysand%C3%BA-112594990118881>

- Grupo de Facebook “Partos en Casa en URUGUAY”:

<https://www.facebook.com/groups/205663352840588>

- Página de Facebook “Grupo por la humanización del parto y nacimiento Uruguay”:

<https://www.facebook.com/humaniza2017/>

Anexo 4 - Tabla N°1. Caracterización de participantes

Nombre ficticio	Edad (años)	Fecha de entrevista	Lugar de residencia	Nivel educativo	Cobertura de salud	Paridad*	Nacimiento actual	Resultado del PDP	
Carolina	31	8/9/2020	Interior	Terciario completo	Privada	1 PVH previo	15/6/2020	Parto domiciliario	Asistida por partera(s)
María	34	10/9/2020	Interior	Terciario incompleto	Pública	1 PVH previo	15/05/2020	Parto domiciliario	Sin asistencia
Eugenia	36	15/09/2020	Montevideo	Terciario incompleto	Privada	1 PD previo	21/04/2020	Parto domiciliario	Asistida por partera(s)
Iris	30	17/09/2020	Interior	Secundaria incompleta	Pública	1 PVH previo	24/07/2020	Parto domiciliario	Sin asistencia
Ina	37	22/09/2020	Interior	Secundaria incompleta	Pública	2 abortos previos	01/11/2019	Traslado	Cesárea
Ana	31	23/09/2020	Montevideo	Terciario incompleto	Privada	Primípara**	23/09/2020	Traslado	Parto vaginal
Tania	32	23/09/2020	Interior	Secundaria incompleta	Pública	2 cesáreas previas	15/06/2020	Parto domiciliario	Asistida por partera(s)

*Referencias:

PVH: Parto vaginal en hospital

PD: Parto domiciliario

** Def.: Que pare por primera vez.

Anexo 5 - Pauta guía de entrevista

Contextualización:

Fecha de la entrevista.

- Nombre: (ficticio)
- Edad:
- Nivel educativo
- A qué se dedica
- Conformación del núcleo familiar
- Fecha del nacimiento
- Semana de gestación al momento del nacimiento:

Contexto embarazo

Indagar sobre:

- primeriza o multípara, si fue buscado o no.
- vivencia del embarazo, posibles complicaciones
- controles durante el embarazo: lugar, profesionales, etc.

Sobre la decisión del parto domiciliario

Indagar sobre:

- Desde cuando conoce la opción de PDP
- Cuándo le surge la idea para éste nacimiento
- Apoyo familiar
- Apoyo del equipo de salud

Sobre la relación con la partera

Indagar sobre:

- Cómo toma contacto con la partera, en qué momento
- Seguimiento del embarazo por parte de la partera
- Cantidad de encuentros, cómo eran.
- Acuerdos sobre el día del parto (condiciones, intervenciones)
- Contacto libre con la partera (disponibilidad para evacuación de dudas)

Sobre sus expectativas y preparación

Indagar sobre:

- Asistencia a talleres de preparación para el parto (dónde, cuántos, temas, utilidad)
- Visualización del día del parto
- Herramientas de trabajo de la partera
- Plan B

Sobre el trabajo de parto (TDP)

Indagar sobre:

- Cómo reconoció estar en TDP
- Llamado a partera
- Demora en llegar
- Confirmación de diagnóstico
- Duración del TDP
- **Sentimientos durante el TDP**
- Acompañante/s, deseo de estar sola en algún momento
- Cumplimiento de su voluntad, respeto de sus decisiones

- Alivio del dolor, métodos, quién la ayudó en esto
- Libertad de movimiento

Si se requirió traslado, indagar sobre:

- Cómo fue planteada la necesidad de traslado por parte de la partera
- Si entendió los motivos y fue una decisión tomada en conjunto
- Posibilidad de acompañamiento de la partera en la institución
- Trato por parte del personal sanitario

Sobre el nacimiento

Indagar sobre:

- Sentimientos en el momento del parto (físicos y emocionales)
- Posiciones en las que pujó
- Pujo dirigido o espontáneo
- Si hubo intervenciones (RAM, epi, etc), si cree que fueron necesarias o se podrían haber evitado
- Sostuvo al bebé en seguida?, contacto piel a piel
- Rol de su acompañante en el momento del parto
- Sentimientos en el momento inmediato después del parto
- Alumbramiento espontáneo o activo (fármacos)
- Corte de cordón
- Lactancia: si dio de mamar, cuándo, dificultad. Ayuda
- Sentimientos/pensamientos **luego** del nacimiento (después del parto, alumbramiento, sutura si hubo... etc)
- **¿Sintió que todo salió de acuerdo a sus expectativas?**

Sobre el posparto

- Tiempo de permanencia de la partera en la casa y su rol

- Seguimiento, cuánto tiempo.
- Vivencia del puerperio y cuidado de un RN (expectativas vs. realidad)
- Eventuales complicaciones de ella o del RN

Valoración de la partera:

- Profesionalidad y humanidad de la partera, aspectos positivos de la atención
- Aspectos negativos o a mejorar
- Vínculo generado partera-mujer /partera-familia
- Si volvería a elegir este tipo de asistencia en un próximo parto, por qué.

Anexo 6 -Consentimiento informado

Usted está siendo invitada a participar de una investigación de tipo cualitativa llevada a cabo por la Br. Lucía Lemos CI 4508900-7, estudiante de grado de la Escuela de Parteras- Facultad de Medicina-Universidad de la República, bajo la tutoría de la Prof. Adj. Kety Rodríguez. El título de la investigación es “Vivencia de mujeres que optaron por un parto domiciliario planificado asistido por Obstetras Parteras”. La misma, que será presentada ante la Escuela de Parteras como requisito para la obtención del título de Obstetra-Partera, tiene como objetivo principal conocer cómo fue la vivencia de mujeres que planificaron un parto domiciliario asistidas por Obstetras Parteras, independientemente de dónde ocurrió finalmente el nacimiento de su hijo/a.

Su participación debe ser voluntaria. Si accede a participar en la misma, se le realizará una entrevista de aproximadamente 1:30 h. de duración en la que se le realizarán preguntas sobre su experiencia en el embarazo y en el parto domiciliario.

Puede evacuar cualquier duda con la investigadora en cualquier momento durante la realización de la investigación, así como desistir de participar en la misma cuando lo considere, sin significar esto un perjuicio para usted.

No estará obligada a responder las preguntas que no desee. La entrevista será grabada con el fin de procesar los datos obtenidos.

Sus datos personales (nombre, domicilio, etc.) son confidenciales, no serán utilizados, divulgados a terceros ni publicados en la investigación.

Usted no obtendrá beneficios económicos por participar en esta investigación.

Contacto:

-Lucía Lemos: cel: 094052575. Correo electrónico: lemoslucia26@outlook.com

“He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que

he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación, siendo hoy (fecha)”

Anexo 7 - Aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina- UdelaR



EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA EN SESIÓN ORDINARIA DE FECHA 16 DE DICIEMBRE DE 2020, ADOPTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

38.

(Exp. N° 070153-000363-20) - Tomar conocimiento que el Comité de Ética que estudia los Proyectos de Investigación aprobó el Proyecto titulado: *"Vivencia de mujeres que optaron por un parto domiciliario planificado asistido por Obstetra Partera"* cuya investigadora responsable es la Br. Lucía Lemos. (9 en 9)

Comunicado N° 394/20

Comuníquese al investigador y pase al Comité de Ética para Proyectos


Carolina Ortiz
Directora de Departamento