

Parto domiciliario: algunas claves de lectura.

Martinez, Berenise (FaHCE-UNLP)

El objetivo de esta comunicación es presentar una posible clave de lectura, un estado preliminar del conocimiento, que surge a partir de la bibliografía consultada para un proyecto en el marco de un Taller de Investigación de Ciencias Sociales y Salud. Como temática de interés, el estudio de la violencia obstétrica debe vincularse a las significaciones y representaciones de las prácticas como violentas. En este sentido, “*son determinadas narrativas que los sujetos sociales comienzan a elaborar las que permiten generar rupturas de sentido en la vida social. (...) El hecho de denominar como violentas ciertas conductas y comportamientos naturalizados durante el proceso del parto, hizo que la sociedad civil comience a reconocer un problema en las prácticas obstétricas cotidianas.*” (Jerez, 2015, p.3). El punto de partida fueron esas “rupturas de sentido” que han vivido muchas mujeres en sus trayectorias (o en las de otras mujeres) por los sistemas de salud. Las lecturas de trabajos académicos sobre el tema fueron delineando el interés hacia los distintos modelos de atención al parto. Esta comunicación pone el foco en modelos de asistencia o acompañamiento al/del parto en donde los cuerpos de las mujeres, sus necesidades, proceso reproductivo y deseos, según sus propias voces, son respetados. A partir de distintas experiencias vividas en partos hospitalarios es que surge la idea de pensar el parto planificado en los domicilios como una manera distinta de vivir el momento de parir, problematizando la experiencia, teniendo en cuenta los recursos (económicos, simbólicos, culturales) que se necesitan para sostenerlo, y qué implica esa toma de decisión con respecto al Modelo Médico Hegemónico¹ desde el cual se realiza la atención actual de partos en los hospitales o clínicas privadas. Es interesante destacar que en los partos domiciliarios también pueden intervenir especialistas médicos, es decir, no excluyen la posibilidad de intervenciones médicas, aunque radicalmente diferentes en su forma, grado e impacto.

Decidir es un proceso en el que se elige una acción entre un conjunto de acciones posibles, siendo muchos los elementos que intervienen en la toma de decisión. Podemos pensar en la importancia que tiene para decidir parir en el domicilio, el acceso

¹ “Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del s. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.” (Menéndez, 1990:83)

a información sobre el tema, creencias, temores, sentidos y significados, experiencias anteriores o trayectorias recorridas, percepción acerca de “lo que es seguro o riesgoso” como también las redes interpersonales que los sujetos identifican como significativos en el proceso decisorio. Funcionaron como punto de partida para pensar la problemática, dos presupuestos: por un lado, la decisión está motorizada por los valores/creencias, clase o sector social, profesión o formación, recursos económicos, sociales, culturales o simbólicos de las parejas en cuestión, experiencias de atención previas en instituciones de salud y las trayectorias recorridas por estas parejas. El segundo: esta decisión puede manifestar una toma de posición frente a la actual atención de partos desde el Modelo Médico Hegemónico.

Organicé los aportes a este estado preliminar de la cuestión en base a tres ejes: la crítica a la atención médica hospitalaria hegemónica (especialmente en partos), la propuesta del modelo de atención de Parto Humanizado/Respetado, y la planificación del parto en domicilio como un ámbito posible de atención a partos. En este sentido, es importante distinguir entre modelo y ámbito de atención, ya que pueden o no coincidir, puede que se crucen, se tensionen, o se complementen.

Primer eje: Análisis de la atención biomédica del parto

Un antecedente indiscutible en el estudio del parto es el trabajo que realiza la antropóloga Davis Floyd (2001), quien produjo una clasificación sobre los modelos de atención perinatal pensando en la oferta de los profesionales más que en las elecciones de las mujeres, justamente mirando en lo que se ofrece desde la óptica de quienes asisten los partos; difícilmente la elección de las mujeres madres pueda ser “parir en un modelo holístico” aunque elijan elementos que entran en dicha clasificación. Davis Floyd sostiene que en la actualidad los cuidados que afectan al parto se organizan en base a tres modelos en medicina: el tecnocrático, el humanista y el holístico. Se observa la hegemonía del modelo tecnocrático² en contexto hospitalario, con consecuencias no deseadas en los niveles de intervención sobre los cuerpos de las mujeres y los/as recién

2 Algunos principios: el paciente como objeto; distanciamiento del médico; diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro; organización jerárquica y estandarización del cuidado; autoridad y responsabilidad inherente al médico; sobrevaloración de la ciencia y la tecnología; intervenciones agresivas con énfasis a corto plazo; la muerte como derrota; sistema guiado por las ganancias; intolerancia hacia otras modalidades de curación humanas. (Floyd, 2004)

nacidos/as. Sin embargo, encontramos personas que optan por un modelo alternativo a esta atención institucional que es el holístico:³

“se parte de la idea de acompañar, componer con el cuerpo-mente-espíritu de la mujer que está pariendo. (...) Tener varias opciones de lugares, posiciones posibles y que la mujer se deje llevar por lo que su cuerpo le vaya pidiendo. En esa composición de cuerpos muchas veces se produce una unidad nueva entre la mujer que pare y la partera o médico que asiste.” (Magnone Alemán, 2013, p.88)

El estudio de Magnone Alemán (2010-2013) retoma los modelos contemporáneos de atención al parto reflexionando en torno a las concepciones de individuo y cuerpo, prácticas obstétricas derivadas de dichas concepciones, y los efectos de los distintos modos de atención sobre el respeto de los derechos humanos de las mujeres. El problema que se trabaja es el crecimiento del intervencionismo obstétrico y sus consecuencias sobre la atención desde el punto de vista de los derechos de las mujeres. Además, la autora analizó la experiencia de los partos en domicilio a partir de entrevistas a profesionales, parteras, y mujeres madres. Según su investigación, ser parte del proceso de decisiones de asistencia a su parto es una experiencia que potencia a las mujeres, un camino de empoderamiento. Definido dentro del *modelo holístico*, estas parteras forman un grupo de profesionales que trabajan para que cada mujer se reencuentre con su propia capacidad de dar a luz y tome la conducción activa del parto. En este sentido, los objetivos del trabajo se centran en reflexionar críticamente sobre el modelo hegemónico (tecnocrático) de atención por las consecuencias que tiene en la vida de las mujeres el alto nivel de intervencionismo obstétrico: *“Una mujer con un embarazo de bajo riesgo en general no necesita de intervenciones médicas para lograr resultados perinatales satisfactorios. Sin embargo, si es asistida en una lógica preparada para encarar patologías será sometida a intervenciones innecesarias que obstaculizan el desenlace “natural” del proceso”* (Magnone Alemán, 2013, p.81). A partir de su investigación, caracteriza las prácticas estandarizadas para “regularizar” los partos no atendiendo las particularidades de cada proceso, evidenciándose expresiones del sistema patriarcal (cosificación, maltrato, control sexual y reproductivo por

3 Algunos principios: unidad cuerpo-mente-espíritu; el cuerpo como un sistema de energía interconectado con otros sistemas de energía; unidad esencial entre el profesional y el paciente; diagnóstico y sanación desde adentro hacia fuera; la autoridad y responsabilidad como inherentes a cada individuo; la ciencia y la tecnología colocadas al servicio del individuo; enfoque a largo plazo en el mantenimiento de la salud; abarcar múltiples modalidades de sanación. (Floyd, 2001)

hombres, obligadas por la autoridad del poder médico a parir acostadas con las piernas levantadas y atadas). En este marco, una propuesta que introduce el artículo se trata de pensar una integración de “saberes mente-cuerpo” ya que

“muchas de las dificultades obstétricas se producen porque los equipos de salud no dan la menor certeza racional a los sentidos, reprimen sus instintos y controlan las expresiones del cuerpo. La percepción sensorial de las mujeres que están en trabajo de parto y sus necesidades de movilidad corporal no son tenidas en cuenta. El poder simbólico del mandato médico es tan fuerte que la mayoría de las mujeres pierden la noción intuitiva sobre qué tipo de posiciones las favorecería” (Magnone Alemán, 2013, p.83).

Siguiendo esta línea de crítica hacia la praxis obstétrica, Camacaro Cuevas (2009) centra su mirada en los procesos de medicalización y patologización del proceso de parto de bajo riesgo. Tal como nos dice la autora, cuando reflexionamos sobre la atención obstétrica hegemónica es importante tener en cuenta dos ocurrencias históricas que han impactado en la vida reproductiva de las mujeres: cuando la atención pasó de las parteras (y las mujeres) a manos de los profesionales de la salud, y cuando se trasladan los partos del hogar a los hospitales (institucionalización de los procesos reproductivos). De este trabajo es interesante rescatar una pregunta en clave sociológica, que refiere a la preeminencia del hospital como el lugar natural y normal para que nazcan los/as niño/as: *“¿Cómo han podido consolidarse y circular, entre lo individual y lo colectivo, las representaciones sobre el hospital como el espacio posible para la atención obstétrica?”* (Camacaro Cuenas, 2009, p.149).

Para finalizar, al concepto de medicalización lo aborda para ver la manera cómo la medicina y sus protocolos rutinarios “dan solución” a los procesos reproductivos de las mujeres, en el caso de aquellas que están pasando por una etapa de sus vidas reproductivas no patológica. A partir de este proceso, son sometidas a procedimientos/tratamientos que conllevan secuelas para su salud por el hecho de tratarlas y tipificarlas como enfermas, aun en embarazos de bajo riesgo. En palabras de la autora:

“Esa tendencia de la medicina a invadir e irrumpir en la reproducción humana se enlaza inexorablemente con la patologización de la vida, entonces evitando que la patología haga su fantasmal aparición, se medicaliza desde el episodio de parir/nacer hasta el de morir. El acoso de la patología se adueña del acto médico, y este, a su vez, usurpa el espacio corporal, sexual, psíquico, afectivo de las mujeres. (...) La concatenación de eventos medicalizados y patologizados asegura la eficacia del trabajo profesional y un “guardarse las espaldas” frente a cualquier emergencia ocasional, por encima de la salud reproductiva y psicológica de las mujeres” (Camacaro Cuevas, 2009, p.156).

Segundo eje: Parto respetado/humanizado. Alternativas en Argentina.

Una vez realizados los cuestionamientos al modelo vigente de atención a partos, recupero algunas ideas en torno a una diferente forma de concebir el acompañamiento en el proceso de parto. En nuestro país tenemos una ley vigente desde 2004, reglamentada en Octubre de 2015: Ley N° 25.929 de Parto Humanizado, de “Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento, que enuncia otra posibilidad a aquellas prácticas y discursos deshumanizantes y violentos para las mujeres que paren. En este segundo eje, cito investigaciones de ciencias sociales realizadas en Buenos Aires en los últimos años.

Carolina Lorenzo (2013) se propone conocer cómo construyen el derecho al parto respetado/humanizado las organizaciones sociales vinculadas a la temática que militan por la causa, como una alternativa a la práctica medicalizada, desde las perspectivas de derechos humanos y de género. Utilizó una metodología cualitativa en la que seleccionó intencionalmente las organizaciones a relevar y los informantes a entrevistar, de acuerdo a criterios centrados en su actividad política en la construcción del derecho. Con respecto a la institucionalización del parto y al mito mujer-madre, los discursos de las organizaciones que militan por el parto humanizado reivindican la maternidad como elección y enfatizan en la confianza en sí mismas y en su saber, en detrimento de prescripciones de una ciencia y una institución que perciben patriarcal. También impugnan la relación médico-paciente del MMH: supone el saber en el médico, haciendo que las mujeres lleguen al momento del parto con poca información sobre sus posibilidades y poco margen de decisión. Se reconoce la subordinación de la

mujer al etiquetarla como paciente, reflexionando sobre los efectos/implicancias de considerar enferma a una mujer embarazada.

Dentro de lo que encierra una atención respetuosa/humanizada del parto, un punto de interés tiene que ver con reivindicar el parto como un acto sexual y el derecho a estar con su pareja en intimidad durante el trabajo de parto. Un aporte importante es la cuestión de separar los derechos reproductivos de los sexuales: las mujeres y sus parejas tienen derecho a gozar de su sexualidad incluso en el momento del parto pudiendo decidir cómo, dónde y con quién parir. Estos derechos *“lidian con los dispositivos de control social que encierran el placer en un marco estrecho y normado. La defensa del derecho al placer sexual, en casa y en instituciones sanitarias, es una lucha política. La demanda por la atención respetuosa en el parto la inscribe en el derecho a la salud”* (Lorenzo, 2013, p.13). En este marco, las organizaciones que toma este estudio también piensan en alternativas acerca del rol del varón, sobre otros modelos y proyectos de familia, como también en la necesidad de democratización al interior de la familia pensando formas de crianza más democráticas.

Celeste Jerez (2014, 2015) sostiene que la atención biomédica del parto expresa una metáfora de la opresión que el sistema patriarcal ejerce sobre las vidas femeninas. A través de un trabajo comparativo, problematiza los sentidos que asumen los discursos de dos agrupaciones que se centran en la cuestión del parto y la crítica hacia la violencia obstétrica, pero que lo hacen desde diferentes enfoques ideológicos y con diferencias de clase. Se focaliza especialmente en los alcances de clase y género que la “humanización” del parto tiene como acto político de ciertas mujeres y reflexiona acerca de cuáles son los partos que (para una de las organizaciones analizadas), merecen más atención para ser empoderados. Considera fundamental

“analizar la existencia en América Latina de mujeres que logran “partos humanizados” en hospitales específicos y en sus hogares, donde efectúan un “empoderamiento” de sus propios cuerpos, donde pueden ser conscientes de su protagonismo al momento de parir, elegir a la/os acompañantes, ser ayudadas por parteras, parir sin demasiadas (o nulas) intervenciones médicas y experimentar espacios donde poder expresar deseos, angustias y sentimientos” (Jerez, 2015, p.4).

En esta línea, la principal hipótesis desde la cual comenzó su trabajo de campo con ambos grupos (mujeres feministas que militan por el parto humanizado y mujeres que promueven el parto en casa) fue optar por centrarse en la posición de clase desde la

cual se reivindica el “parto en casa” ya que sus propuestas se relacionarían con una perspectiva de clase media-alta que desea transformar determinadas situaciones con respecto al parto, pero que a juicio de la autora, *tienen un alcance solo para su propia clase*. También a modo de hipótesis, la propuesta de mujeres que apuestan por el parto humanizado tendría un alcance y cobertura mucho más amplia ya que la reivindicación y lucha política intenta mejorar las condiciones de los partos en los hospitales públicos. Este grupo seleccionado visibilizaría las realidades socioeconómicas múltiples que atraviesan diferentes mujeres. Concluye que el grupo de mujeres con el cual realizó la investigación brinda al término de humanización, un sentido de defensa y reivindicación de los derechos de las mujeres. Delinea de esta forma una agenda política que insiste por los derechos sexuales, reproductivos, y no reproductivos en el marco de los derechos sociales proponiendo la temática del parto a partir de la representación integral de las mujeres que desean ser madres como también de las que no tienen intención de serlo. Es un significado de humanización de la asistencia mucho más amplio dado que incluye los partos como también el derecho al aborto legal. En definitiva, es un debate en relación a los derechos a decidir sobre su propio cuerpo.

Tercer eje: “Lo personal es político”: en torno a la decisión de parir en casa.

Fornes (2011), desde una perspectiva de género en la antropología, explora las *significaciones políticas* del parto domiciliario a través de los derroteros de las mujeres que hoy en día toman esta decisión: parir fuera del ámbito médico institucional. Para la autora, *“el parto domiciliario no habla solamente de decisiones individuales, nos habla de cómo está llevándose adelante la atención de la mayoría de los partos en la Argentina”*. Muchas mujeres y familias problematizan la atención institucional y eligen sus hogares para recibir a sus hijos/as acompañadas de diversas personas (profesionales de la salud diplomados que también trabajan en instituciones, matronas, parteras, duolas que producen conocimientos basados en sus propias experiencias combinando con lecturas y materiales heterodoxos). Uno de los temas centrales del artículo presenta la idea acerca de que el conjunto heterogéneo de prácticas y sentidos que las mujeres le otorgan a la experiencia de parir en casa se tensan principalmente entre los ejes de naturaleza y cultura: *“¿todas las mujeres podemos parir porque es instintivo y forma parte de nuestra naturaleza o porque es un derecho al que todas deberían tener acceso”* (Fornes, 2011, p: 138). Por otro lado, la autora sostiene como idea argumental que

“a pesar de que esta alternativa expresaría una vuelta a la domestico, la cadena de experiencias y deliberaciones que recorre traducen en acción política algo que nace de una decisión privada. (...) Su vida privada se traduce en una acción política que está denunciando la exclusión de garantías públicas a sus derechos basadas en el género como desigual social.” (p: 142)

Según su investigación, al empoderarse (de acuerdo a discursos y experiencias que se repiten) no sometiéndose a prácticas obstétricas obsoletas, estas mujeres del *parto en casa* ponen en cuestión ciertas prácticas y representaciones ancladas en la costumbre, legitimadas constantemente por el saber-poder medico vigente, rompiendo con la supuesta domesticidad reivindicando la intervención en la arena pública. El parto domiciliario se presenta como una *alternativa* para mujeres que deciden parir al margen de las normas institucionales y prácticas que califican como abusivas: muchas lo eligen luego de haber sido objeto de prácticas que “las marcaron”, comparando los distintos universos de sentidos y prácticas. Así, pueden resignificar sus experiencias anteriores visualizando las violencias implícitas o explícitas. Si bien constituyen un número reducido, su empoderamiento como experiencia subjetiva, nos puede abrir a un conocimiento cualitativo de las representaciones y prácticas de las mujeres que paren en sus casas. Dentro del espectro de esta experiencia, también se encuentra la transformación en militantes de muchas de estas mujeres llevando su experiencia corporal a los ámbitos públicos, ampliándose más allá de los derechos del parto: “el activismo político no se circunscribe a un *parto en casa para todas* sino a dar a compartir información y movilizar por el derecho a decidir sobre el cuerpo y la experiencia de todas las mujeres durante el nacimiento de sus hijas/os”. Todo este itinerario que demanda esta decisión y la experiencia resultante, va esfumando ese preconceito que caracterizaba la naturaleza íntima y privada de esta elección. La autora afirma que dicha elección no se presenta como la única vía para escapar de la violencia obstétrica, ni tampoco estas mujeres pretenden hacer universal esta experiencia. Entonces, el eje que estructura el artículo intenta dar a conocer la trama de relaciones complejas entre lo micro y macro social, entre lo cultural y natural, y entre lo público/institucional y lo privado/domestico que implica un parto en casa.

Ramirez (2015) indagó en las motivaciones, trayectorias, experiencias de atención, y en los impactos de la decisión de tener un parto en casa, en mujeres que planificaron y/o tuvieron partos en casa y matronas que los atienden, en la Región

Metropolitana de Santiago de Chile, donde *“predomina un modelo de atención tecnocrático del parto y nacimiento y las opciones a este modelo que resaltan el protagonismo y el respeto son muy limitadas, por lo que las mujeres están escogiendo el parto extrahospitalario”* (Ramírez, p. 15). A partir de aquí, se interroga por las decisiones que toman las protagonistas. Sostiene que hoy en día hay una pérdida de confianza en el sistema oficial de salud, en la atención del parto y nacimiento, donde se evidencia un alto grado de intervenciones innecesarias y la consecuente falta de respeto por las demandas de las mujeres para vivir y tener un parto respetado. Como contrapartida, observa una creciente autonomía de las mujeres que se expresa en movimientos sociales que exigen sus derechos, entre los cuales se destacan una demanda por la libertad de dónde, cómo y con quién parir, y la exigencia de participación de la mujer y acompañante en las decisiones respecto a estos temas. Me interesa de este trabajo retomar su hipótesis:

“El acto de elegir un parto en casa, en el contexto de atención tecnocrática, podría responder a un acto de empoderamiento de mujeres y parejas que toman la decisión de participar, elegir e informarse sobre sus procesos (...) ven en la casa un territorio donde pueden actuar con mayor independencia y acorde a un paradigma holista y humanista de atención del parto y nacimiento. La casa permite a las mujeres recuperar la autonomía de su cuerpo, mente y espíritu, moverse libremente y decidir responsablemente.” (Ramírez, p. 16)

Su investigación logró una muestra con características heterogéneas en cuanto el tipo de experiencias que vivieron, siendo las mujeres participantes en su mayoría profesionales, con estudios superiores y que pueden solventar el costo de esta experiencia.

Conceptualizando la experiencia, nos dice

“el parto en casa planificado, es una modalidad ancestral, que en la actualidad ha sido retomada por gestantes mayormente informadas, quienes planifican un parto en sus respectivos domicilios, atendido por una matrona profesional (entrenada en el sistema biomédico) y en algunos casos acompañadas de una doula. (...) debe tener algunas consideraciones para que pueda llevarse a cabo: (...) un embarazo de bajo riesgo, asistir a controles médicos y gozar de buena salud, para minimizar riesgos. Además de considerar un transporte a un centro hospitalario cercano”. (pág. 10).

Para la autora, dentro de las ventajas, se encuentran un ambiente familiar e íntimo que favorece la seguridad y confianza en el proceso; posibilita que la mujer se exprese de acuerdo a una mayor libertad (en cuanto a movimientos o ingerir lo que desee); es posible elegir el equipo y el tipo de trabajo de preparación previos; la toma de decisiones es conjunta entre la mujer, su pareja y el equipo elegido haciendo que la responsabilidad sea compartida; es igual de seguro que el parto hospitalario en madres primerizas de bajo riesgo y más seguro que el parto hospitalario en secundíparas de bajo riesgo. Y, lo más valorado por las mujeres es la menor cantidad de intervenciones obstétricas y una mayor satisfacción. Entre las desventajas, menciona que no es recomendable en mujeres con determinados factores de riesgo y la necesidad de trasladarse a una institución hospitalaria si surgen complicaciones médicas, teniendo en cuenta que muchas veces no hay coordinaciones entre el equipo del parto domiciliario y el equipo receptor en la institución; en cuanto a la accesibilidad, es una decisión del orden de lo privado y cara en términos económicos, teniendo en cuenta también los pocos profesionales que se dedican a atender partos en casa.

Por otro lado, Francisco Saraceno Esparza, en “*Parir en casa: Relatos de partos domiciliarios*” (2017), explica qué es un Parto Planificado en Domicilio y cómo se materializa. Lo define como un tipo de atención perinatal basado en evidencia médica científica y social actualizada, teniendo como base de realización el ámbito/lugar/territorio donde ocurre el parto. No reniega de la institución ni de la ciencia, se apoya en ellas para garantizar la seguridad y la mejor atención posible para cada familia. Esta alternativa entiende todo el proceso como hechos saludables y fisiológicos que no se los interviene medicamente salvo que sea necesario. Esto difiere del modelo de atención hegemónico donde lo habitual es que los nacimientos sean intervenidos de manera rutinaria, ya que se entiende el parto como una patología que debe ser tratada. El PPD habla de salud, el MMH de riesgo: esto que podría parecer una cuestión terminológica, determina toda la práctica médica que vendrá después y el rol que ocuparan el equipo obstétrico, la mujer y su familia. La propuesta en cuanto al lugar de la mujer en esta práctica, es que ocupe el centro de la escena, sea la protagonista de la toma de decisiones, un lugar que puede compartir con la pareja, y/o familia/redes que la acompaña. Es una persona autónoma (no una paciente pasiva) y eso debe ser garantizado y respetado por el equipo que la asiste, quien deberá brindar toda la información y herramientas para que pueda elegir. En cuanto a la labor del equipo obstétrico, recupera su lugar al lado de la mujer y su familia, siendo sostén desde su

saber y experiencia. Conoce el estado clínico de quien asiste, es invitado a participar y conocer el entramado social y emocional de cada familia, entendiendo la salud en sentido amplio, recuperando el valor del trabajo integral, paciente, humano y cercano. Su rol es revalorizado en función del vínculo que establece, la mirada dedicada y particular sobre cada situación, y por su saber, pero no en relación a la cantidad de intervenciones innecesarias que podría realizar para justificar su presencia. En cuanto al lugar que se les da a las intervenciones médicas, podemos afirmar que podrán ser o no requeridos en función del proceso concreto de cada nacimiento, y no como una *cadena de intervenciones*. No tiene que ver con “nunca intervenir” o “siempre hacerlo”, sino de hacerlo cuando sea necesario.

Para materializarlo, primero se realiza el seguimiento oportuno durante el embarazo, tal y como marcan las guías de atención. En este seguimiento, la parte emocional, hormonal y psicológica juegan un papel fundamental; se cuenta con el tiempo necesario para aclarar dudas y compartir información de manera horizontal construyendo un vínculo de confianza y conocimiento mutuo. Las entrevistas pueden realizarse en la casa de la familia. Lo ideal es planificarlo con acompañamiento de profesionales de la salud (parteras en total autonomía, doulas, y pueden participar obstetras, neonatologos, o médicos generalistas). La labor de estos profesionales es la de acompañar desde la observación y la calma, favoreciendo un entorno propicio para el desarrollo fisiológico y el respeto por la libertad y autonomía de la mujer. En este sentido, se va a intervenir el proceso solo de ser necesario y siempre y cuando cuente con la autorización de la persona gestante (informada y eligiendo en el proceso). A partir del seguimiento prenatal y de la atención durante el trabajo de parto y parto, se pueden detectar a tiempo aquellas situaciones en las cuales el proceso se corre de la salud y la fisiología de manera que, o se interviene en el domicilio o se traslada al centro de atención. Lo importante de destacar en este punto, es que cualquiera de las opciones posibles ocurre siempre a partir de informar a la mujer, siendo ella la que elige y autoriza. En este sentido, la planificación de un parto domiciliario puede incluir un plan de derivación a una institución en caso de necesidad, que se elabora en conjunto con la mujer y la familia en función de su cobertura de salud y la distancia al centro de referencia. Solo un 10 % de los partos planificados en domicilio requieren ser trasladados a un centro de salud, y la causa más frecuente es el cansancio de la mamá.

Para concluir esta comunicación, podemos pensar como conceptos claves la espacialidad y los lugares del parto, ya que cada territorio en particular genera dinámicas diversas logrando un hecho distinto en relación a ese espacio específico:

“El parto y el nacimiento producen, reproducen y son producidos por espacialidades, como localizaciones apropiadas, que implican cierta identidad. (...) la casa como “el lugar alternativo” del parto –alternativo en el marco de la hegemonía señalada– también puede pensarse como un territorio, en tanto implica apropiaciones específicas, contexturas, nodos y redes que conforman tramas particulares. Los lugares del parto crean y son creados por relaciones de poder y de contrapoder.” (Castrillo, 2015, p.2)

A propósito de esta cuestión, Lefebvre (1991) sugiere utilizar de forma híbrida las categorías de territorio y lugar al investigar los espacios de parto:

pensar el hogar y el hospital/clínica como lugares implican una apropiación simbólica, vinculada a la experiencia, a un mundo vivido, son centros de significaciones y de foco de vinculación emocional; podemos pensarlos como un territorio, ya que la apropiación de ese espacio se da desde el ejercicio del poder. Como lugares, implican espacios de pertenencia capaces de generar identidades sociales y como territorios suponen luchas, límites, relaciones de dominación y la (re)producción de identidades políticas.” (Castrillo, 2015, p.3)

Referencias bibliográficas:

Camacaro Cuevas, Marbella (2009). “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica” Revista Venezolana de las mujeres. Caracas. Enero/junio 2009 Volumen 14. Pp: 147 a 162. Venezuela.

Castrillo, M. (2015). Parir en casa, parir en el hospital: Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto. Geograficando, 11 (2). En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7028/pr.7028.pdf

Fornes, Valeria (2011). “Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea”. En Karina Felitti (Coordinadora) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus

Jerez, Celeste (2015). “Paradojas de la “Humanización” del parto: ¿Qué partos merecen ser “empoderados”?”. Instituto interdisciplinario de Estudios de Género y Colectiva de Antropólogas Feministas- Facultad de Filosofía y Letras- Universidad de Buenos Aires.

Jerez, Celeste (2014). “Partos empoderados: clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos”. XI Congreso Argentino de Antropología Social- Facultad de Humanidades y Artes – UNR - Rosario, Argentina.

Lorenzo, Carolina Edith (2013). “Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho.” VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Lorenzo, Bárbara Mariela (2017). "Parir en casa. Relatos de partos domiciliarios". Primera Edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Cien Lunas.

Magnone Alemán, Natalia (2010). “Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización”. IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. Montevideo, septiembre de 2010.

Magnone Alemán, Natalia (2013). “Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian”. Revista Latinoamericana de estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N°12 Año 5. Argentina. Pp. 79-92.

Martínez Molla, Teresa (2015). “Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio”. Tesis doctoral de Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería. Alicante, España 2015.

Ramirez, Carla (2015). “Parto en casa planificado con asistencia profesional: recuperando el protagonismo”, Tesis de grado de antropología social dirigida por Michelle Sadler. Santiago de Chile, 2015.