

PARIR EN CASA: REFLEXIONES EN CLAVE DE RESISTENCIA Y DESMEDICALIZACIÓN

HOME CHILDBIRTH: CONSIDERATIONS
FROM THE PERSPECTIVE OF RESISTANCE AND DEMEDICALIZATION

PARIR EM CASA: REFLEXÕES SOBRE A RESISTÊNCIA E DESMEDICALIZAÇÃO

Fabiana Rodríguez Larrar

Licenciada en Sociología

Universidad de la República

farodriguez21@gmail.com

Recibido: 31/8/2021 | Aceptado: 26/11/2021

Resumen: En el presente propongo una investigación cualitativa sobre la práctica de parto domiciliario planificado (PDP) basándome en las experiencias de las mujeres que tuvieron su trabajo de parto y parto en sus hogares.

Para esta exposición incorporo los conceptos de *medicalización* y *desmedicalización* del parto con el fin de plantear el lugar que esta práctica ocupa, teniendo en cuenta que se hace por fuera de las instituciones médicas.

En Uruguay la legislación vigente recomienda un parto institucional, de esta manera considero que la elección de practicar un PDP queda en un lugar ambiguo entre la recomendación y la prohibición. En este sentido, se plantea esta práctica desde un lugar de resistencia, así como la decisión de las mujeres de llevarla a cabo. El desarrollo de este artículo se estructura en tres ejes: 1) la medicalización de la sociedad y el parto, 2) el proceso de desmedicalización, planteando la posibilidad de que el PDP pueda adaptarse a esas características y 3) el PDP desde una perspectiva de resistencia.

Palabras clave: parto domiciliario planificado; experiencias; resistencia; desmedicalización

Abstract: In this article, I present a qualitative research about home birth planning based on the experience of a group of women who had delivered in their houses.

Considering the concept of medicalization and demedicalization of birth, I intend to explain the place this practice has on society given that it happens outside medical institutions.

In Uruguay the current legislation recommends giving birth inside an institution, so choosing to give birth at home lies ambiguously between recommendation and prohibition. That is why this practice is viewed as an action of resistance.

This article is structured around three ideas: 1) medicalization of society and childbirth, 2) process of demedicalization, evaluating the possibility of home birth planning to adapt to those characteristics, and 3) home birth planning viewed from a perspective of resistance.

Keywords: planned home birth; experience; resistance; demedicalization

Resumo: No presente artigo, proponho uma pesquisa qualitativa sobre a prática do parto domiciliar planejado (PDP) a partir das vivências de mulheres que realizaram trabalho de parto e parto em casa.

Para esta apresentação incorporei os conceitos de medicalização e desmedicalização do parto, a fim de conhecer o lugar que essa prática ocupa, levando em consideração que ela é realizada fora das instituições médicas.

No Uruguai a legislação atual recomenda um parto na instituição, desta forma considero que a opção pela realização do PDP permanece em um lugar ambíguo entre a recomendação e a proibição. Nesse sentido, essa prática é considerada a partir do lugar de resistência, bem como da decisão das mulheres em realizá-la. O artigo está estruturado em torno de três eixos: 1) a medicalização da sociedade e do parto, 2) o processo de desmedicalização, levantando a possibilidade de que o PDP possa se adaptar a essas características e 3) o PDP desde uma perspectiva de resistência.

Palavras-chave: parto domiciliar planejado; vivência; resistência; desmedicalização

Introducción

En este artículo pretendo dialogar sobre la práctica de parto domiciliario planificado (PDP) en Uruguay en relación con la medicalización y desmedicalización del parto, así como incorporar la perspectiva de resistencia, en el entendido de que es una práctica alternativa a la hegemónica, un parto institucional.

Al hablar de PDP me refiero al que se practica en el hogar de la mujer, que puede ser asistido por parteras y que se diferencia de los partos en calle o de los que no llegaron a ser asistidos dentro de una institución médica. Por eso utilizo el término *planificado*, debido a que no es accidental. No hay estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre el PDP, ya que son contabilizados dentro de una categoría que agrupa junto a esta práctica a los partos en vía pública y a los que no llegaron a asistirse en una institución médica. Según los datos del MSP, del total de partos vaginales en todo el país registrados en 2020 (un 54,28 % del total de partos registrados), un 0,84 % son los incluidos dentro de esta categoría (domicilio y vía pública).¹ Con este porcentaje, y aun teniendo en cuenta que no debe ser un registro de la totalidad de PDP ya que este sucede cuando las familias se reintegran a la institución médica, se podría decir que las mujeres que deciden llevar a cabo esta práctica son pocas en relación con el total de partos asistidos en todo el país.

En Uruguay, el PDP no está recomendado, sino que se recomienda una atención institucional, humanizada y acompañada del trabajo de parto y nacimiento (MSP, 2014). Esta situación muestra diferentes posturas en el mundo: algunos países promueven la práctica —como Australia, Francia, España, Países Bajos, entre otros— y otros la prohíben —por ejemplo, Hungría o algunos estados de EE. UU.—. Teniendo en cuenta la situación internacional, el PDP en Uruguay está en un lugar intermedio entre la promoción o prohibición. La práctica de PDP en Uruguay es asistida por parteras particulares y organizaciones que brindan el servicio, que se contrata de manera privada.

A pesar de su pequeña proporción en el total de nacimientos y de no constituir una práctica alentada por las autoridades sanitarias de nuestro país, algunas mujeres han optado por dar a luz en domicilio de manera planificada. Este trabajo se aboca a la exploración de este fenómeno desde la perspectiva de las mujeres que han transitado esta experiencia. Por otra parte, cabe señalar que no se le ha dado mucha relevancia académica al estudio de esta práctica en Uruguay, como sí ha sucedido con otros temas de salud sexual y reproductiva o incluso sobre la asistencia institucional en partos. En este sentido, propongo una investigación

¹ Esta información se encuentra disponible en los datos proporcionados en la serie *Nacimientos según tipo de parto y tipo de establecimiento de ocurrencia. Uruguay 1996-2020* disponible en: <https://www.ine.gub.uy/estadisticas-vitales> (INE, s.f.).

exploratoria con el fin de poder aportar al estudio de este tema así como comenzar a generar aportes en relación con esta práctica de asistencia en partos que, por no ser la recomendada pero tampoco estar prohibida, a mi entender está en un lugar ambiguo.

En cuanto a la asistencia en partos en Uruguay, incorporo los aportes de Natalia Magnone (2010), quien analiza los modelos actuales de asistencia en partos desde una perspectiva de humanización y de derechos sexuales y reproductivos, para concluir que el modelo hegemónico de atención institucional es el tecnocrático. A su vez, conceptualiza al parto humanizado como un modelo que propone una alternativa al tecnocrático, aunque todavía tiene escasas posibilidades de establecerse como tal. Esta perspectiva puede aportar a comprender la opción de un PDP, buscando otro tipo de asistencia al tener en cuenta la propuesta institucional. Por otro lado, plantea como propuesta la posibilidad de que el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) garantice la cobertura de todos los partos, sean institucionales o en el hogar, propiciando la autonomía de las mujeres en la elección. Este aspecto resulta relevante ya que las mujeres que acceden a la práctica de PDP en Uruguay, además de tener que contratar el servicio de acompañamiento y de asistencia de manera privada, lo hacen desde una formación o conocimiento de derechos sexuales y reproductivos como una búsqueda individual de otras maneras de parir.

A su vez, se incorporan los aportes de Robbie Davis-Floyd (2004), quien plantea diferentes modelos de asistencia en medicina: el tecnocrático, el humanista y el modelo de la medicina holística. La visión característica del modelo tecnocrático es la separación del cuerpo y la mente y del cuerpo como máquina; el modelo humanista² propone una conexión entre el cuerpo y la mente, pero, a diferencia del holístico (que se rige por el principio de conexión e integración, planteando una unidad de mente, cuerpo y espíritu), no es contrario a una tecnomedicina, sino que propone humanizarla. En este sentido, tiene más potencial para construir una reforma al modelo tecnocrático (Davis-Floyd, 2004, p. 94). Este modelo se tendrá en cuenta en el análisis de la práctica de PDP a la hora de centrarme en la asistencia que brindan las parteras.

Por otra parte, y específicamente sobre la práctica de PDP, tomo los aportes de algunos autores (Frank y Pelloso, 2013; Crizóstomo, Nery y Barros Luz, 2007) que consideran que el PDP favorece a una humanización del parto, porque genera autonomía, privacidad y

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

protagonismo de las mujeres. A su vez, estos autores describen al ambiente del hogar como un lugar más armonioso, libre de estímulos como luz y ruido, lo que promueve la liberación de hormonas necesarias para el parto, lo que contribuye a un parto fisiológico y reduce las intervenciones innecesarias. Por su parte, Michel Odent (2002) conceptualiza al PDP dentro de las actitudes biodinámicas³ que plantea. En este sentido, lo expone dentro de una alternativa a la industrialización del parto y al proceso de medicalización.

Finalmente, se exponen los aportes de María Jesús Montes (2007), quien, al analizar las diferentes maneras de asistencia en partos, propone al PDP como resistencia, y considera que, para generar mayor autonomía en el parto se utilizan discursos desde el «esencialismo biológico»,⁴ como forma de resistencia frente a los discursos y prácticas hegemónicas que se imponen (Montes, 2007, p. 298).

Metodología

Este artículo se enmarca dentro de un proceso de investigación que comencé en 2019 y que conforma en la actualidad mi monografía final de grado,⁵ en la que propongo explorar las concepciones y experiencias de las mujeres en torno al PDP.

Se trata de una investigación cualitativa exploratoria, para la cual realicé entrevistas semiestructuradas⁶ a mujeres que han tenido uno (o más) PDP y que fueron asistidas por parteras contratadas de manera particular. La muestra se conformó con aquellos casos en los cuales se completó todo el proceso de parto en sus hogares, excluyendo a los que por alguna razón tuvieron que ser trasladados a la institución médica, debido a que el propósito de la investigación es explorar sobre las experiencias de PDP y teniendo en cuenta todo el proceso. Las integrantes de esta muestra tienen un promedio de edad de 34 años y la mayoría cuenta con estudios terciarios completos. A su vez, todas manejaban información sobre derechos sexuales y reproductivos al momento de decidir llevar a cabo un PDP y buscaron asistencia para el proceso. Por otro lado, todas las entrevistadas tuvieron sus partos en Montevideo y en el área metropolitana.

3 Odent (2002) propone el término de actitudes biodinámicas, como paralelismo con la post-industrialización de la agricultura, para referirse a aquellas acción que podrían aportar a una post-industrialización del parto.

4 Expone este aspecto desde un análisis de los discursos de sus entrevistadas donde exponen una reiterada necesidad de resaltar la defensa y confianza en el cuerpo antes discursos hegemónicos (Montes, 2007, p. 264).

5 Tesis final de grado de la Licenciatura en Sociología, Universidad de la República *Parto domiciliario planificado: una mirada desde la desmedicalización y la resistencia*.

6 Las entrevistadas fueron codificadas con el programa MAXQDA, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: 1) concepciones sobre las instituciones médicas; 2) concepciones sobre el nacimiento y parto; 3) rol que cumplieron las personas que acompañaron o asistieron el parto; 4) aspectos relacionados con la experiencia de PDP; y 5) autonomía y protagonismo. Luego se agrupó la información en los ejes propuestos para el análisis.

Para acceder a la muestra se utilizó la técnica de bola de nieve, ya que en un principio no se pudo establecer ningún vínculo con parteras que asisten la práctica ni con ninguna organización que se dedique a la asistencia en PDP. De esta manera, se comenzó por entrevistar a algunas mujeres, que fueron a su vez brindando contactos para las siguientes entrevistas.

El análisis de la información fue discursivo,⁷ incorporando el lenguaje y el discurso como dimensiones axiales para la comprensión de las experiencias (Scott, 1992, p. 89 en Garazi, 2015, p. 5). Planteo para el análisis los siguientes ejes: 1) la medicalización del parto, 2) el PDP dentro de un proceso de desmedicalización y 3) el PDP desde una perspectiva de resistencia. Estos mismos ejes son los que se tienen en cuenta para este artículo.

Busco exponer además algunos de los aspectos plasmados en dicha investigación, centrándome en dos preguntas: ¿Se puede considerar al PDP como una práctica desmedicalizada? ¿La decisión de las entrevistadas en cuanto a tener un PDP puede ser considerada desde una perspectiva de resistencia?

Finalmente, esta exposición se estructura de la siguiente manera. En primer lugar se conceptualiza la medicalización de la sociedad y del parto desde un abordaje teórico, donde se incorporan las concepciones y discursos de las entrevistadas con respecto a estas, teniendo en cuenta que la decisión de llevar a cabo de un PDP puede ser producto o influencia de sus concepciones sobre el sistema de salud y la asistencia institucional. Luego se incorpora el concepto de desmedicalización como planteo opuesto a la medicalización, para explorar las características del PDP desde esta perspectiva, analizando los puntos en común y sus similitudes con una práctica completamente desmedicalizada. Esta postura se plantea debido a que al ser una práctica alternativa a la hegemónica, un parto institucional, se tiende a visualizarla como una práctica opuesta, donde resulta interesante ver los aspectos en común dentro de los ejes medicalización/desmedicalización. Por último, se plantea al PDP desde una perspectiva de resistencia.

Medicalización de la sociedad y del parto

Se entiende a la medicalización como la transformación de la medicina en una institución de control social que se genera mediante cuatro formas: la expansión de lo que en la vida se considera pertinente a la práctica médica, el control de ciertos procedimientos técnicos, el acceso casi absoluto a ciertas áreas tabú, y la expansión de lo que en medicina se considera

7 Propongo un análisis discursivo desde la perspectiva de Alonso (1998, p. 211), donde se busca ir desde el enunciado al sentido vivido de los sujetos, colocándose en el plano de la fundamentación de los enunciados.

pertinente a la buena práctica de la vida (Zola, 1999, p. 4). Sobre estos aspectos la profesión médica es la que más tiene derecho a reclamar jurisdicción sobre el rótulo de enfermedad y sobre cualquier cosa a la que se le pueda asignar ese rótulo, aunque no se tenga en cuenta su capacidad para manejarlo efectivamente (Freidson, 1970 en Zola, 1999, p. 30).

Otro autor que conceptualiza este fenómeno es Iván Illich (1975), quien propone que la medicalización de la vida produce más daños que beneficios y que tiende a enmascarar las condiciones políticas que minan en la salud de la sociedad y expropia el poder de las personas para curarse a sí mismas (Illich, 1975, p. 9).

En esta línea, propone el concepto de *yatrogénesis* para denominar la nueva epidemia de enfermedades producidas por el doctor, donde distingue una triple yatrogénesis. En primer lugar, expone la yatrogénesis clínica, refiriéndose a determinadas enfermedades que no se hubieran producido si no se aplicaban los tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente. En segundo lugar, expone la yatrogénesis social, que se manifiesta en diversos síntomas de excesiva medicalización social. En tercer lugar se refiere a la yatrogénesis estructural, donde se visualiza el efecto más profundo de las profesiones en salud, generando una destrucción del potencial de las personas para afrontar sus debilidades. Esta yatrogénesis se produce cuando la gente acepta la manipulación de la salud, que conspira en proponer lo que llaman *buena salud*, cuando en realidad generan el mantenimiento heterónimo y manipulado de la vida (Illich, 1975, pp. 29-30). Esta triple yatrogénesis ha llegado a ser médicamente irreversible. Para referirse a este fenómeno, que se autorrefuerza y retroalimenta, el autor utiliza el concepto de *némesis médica*, que describe como la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad, generada por un servicio de mantenimiento que lo conserva y responde a un sistema industrial (Illich, 1975, p. 207).

Por otra parte, en el siglo XVII, comienza el proceso de extracción del cuerpo de la religión y la filosofía para dárselo a la ciencia, derivado de la revolución científica en Europa, donde se comienza a manejar el paradigma mecanicista (se tomaba a la máquina como metáfora del universo humano). Esta visión ha caracterizado al modelo tecnocrático⁸ hasta hoy (Davis-Floyd, 2004, p. 27), acompañado, entonces, de una manera de concebir al cuerpo separado del alma, donde el cuerpo es dado a la ciencia. En el sistema médico los éxitos se basan en la ciencia, son afectados por la tecnología y llevados a cabo por medio de instituciones gobernadas por ideologías patriarcales que priorizan las ganancias (Davis-Floyd, 2004, p. 23),

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

Estos aspectos de medicalización fueron generando a su vez cambios en la manera en la que se asistían y concebían los nacimientos. Por ejemplo, en la Europa occidental de la Edad Media, el parto era acompañado y asistido por mujeres, comadronas, en los domicilios, rodeadas de otras mujeres. Estas mujeres comadronas eran depositarias de conocimiento tradicional en el ámbito reproductivo, pero comenzaron a ser perseguidas por la caza de brujas.⁹ Así se comenzó a excluir a las mujeres del ámbito de la reproducción y, a partir de finales del siglo XVI, fueron pocas las mujeres a las que les permitió practicar la obstetricia. A principios del siglo XVII comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros al tiempo que la obstetricia quedaba bajo control estatal (Federici, 2015, p. 297). A su vez, a las parteras se les comenzó a prohibir la utilización de sus instrumentos para la atención en partos, así como se les negó el acceso a la información médica. Estos aspectos se enmarcan dentro del proceso de medicalización de la sociedad, donde se comienza a valorar el conocimiento científico, sobre el cual las mujeres no tenían participación (Lupton, 2012, p. 187). De esta manera, se distingue el surgimiento del primer varón partero como el control de la intervención del parto bajo el dominio de los varones (Federici, p. 2015; Lupton, p. 2012), y fue la cesárea el primer procedimiento que hizo que las parteras perdieran completamente el control de los asuntos de reproducción para quedar en manos de los profesionales del sexo masculino. (Lupton, 2012:187)

En este contexto el parto dentro de las instituciones médicas, comienza a ser tomado como patología. Odent (2002, p. 34), denomina a este proceso *industrialización del parto*, en el que percibe una creciente intervención del proceso de nacimiento por parte del médico y el desplazamiento de las parteras. Se comienza a intervenir los nacimientos de manera protocolizada (por ejemplo, fórceps y episiotomía). El autor se refiere a esta fase como la *era electrónica del nacimiento*, en la que la mujer tiene un rol pasivo: no hace nada, es una paciente.

Como se dijo, en cuanto al parto en Uruguay, se toman los aportes de Magnone (2010), quien expone que la atención institucional está basada en un enfoque de riesgos. Esta perspectiva, al radicalizarse genera intervenciones que buscan la prevención, con el fin de adelantar cualquier complicación, generando intervenciones innecesarias y hasta a veces contraproducentes, para las que se recurre al conocimiento médico constantemente. Como consecuencia del modelo tecnocrático, cuando nace el bebé, se cumplen rutinas pensadas en disminuir riesgos de muerte, enfermedad y malformaciones del recién nacido o nacida. Sin embargo, lo recomendado es que no se hagan intervenciones que no sean necesarias en la primera hora luego del nacimiento (Magnone, 2010, p. 87). Estos aspectos resultan importantes para la

9 Según Silvia Federici (2015) la asistencia en reproducción pertenecía a la esfera de las mujeres, hasta la *caza de brujas*, con el primer juicio en el siglo XV y cuyo punto máximo fue entre 1580 y 1630

decisión de llevar a cabo un PDP, ya que, según Valeria Fornes (2009), muchas veces se opta por maneras alternativas a la hegemónica —es decir, al parto institucional—, como forma de ejercer el poder y el derecho sobre sus cuerpos.

Concepciones en torno a las instituciones médicas

Al proponer una investigación sobre las experiencias de las entrevistadas, y centrándome en la decisión de parir fuera de la institución médica, enfatiqué en recabar las concepciones de las entrevistadas respecto a estas. Se considera entonces que las concepciones y sus experiencias anteriores con respecto a la asistencia institucional pueden influir en la decisión de buscar otra alternativa para sus partos.

En cuanto a las concepciones que las entrevistadas tienen sobre las instituciones médicas y sobre la manera de asistir el proceso de nacimiento en ellas, se pueden distinguir dos categorías: 1) el funcionamiento de las instituciones médicas y 2) la asistencia por parte de profesionales de la salud.

Sobre la primera categoría se puede apreciar un descontento con la despersonalización de la atención. Este aspecto va en la misma línea que uno de los principios del modelo tecnocrático, el *principio de separación*,¹⁰ tomando a la mujer desde su rol pasivo:

Terminaste de entrar y lo primero que hacemos es «trácate», separar, interrumpir, intervenir. Te ven abajo, en emergencia, después te suben y otra persona te ve arriba, olvidándonos de todo lo que implica el pudor y el cuidado de nuestras zonas genitales, de nuestras partes íntimas. Y ahí en adelante (Entrevistada 5).

Por otra parte, mencionan que las mujeres deben ir a parir al mismo lugar donde asisten a otras personas con variados temas de salud, debido a que la maternidad no está separada en todos los hospitales. A su vez, consideran que el sistema médico no está diseñado para establecer relaciones de confianza, debido a que a lo largo del embarazo y el parto las mujeres son asistidas por diferentes profesionales. Estos aspectos, así como considerar que no es un ambiente armonioso para el trabajo de parto tiene que ver con la institución médica como lugar físico y con su funcionamiento.

Sobre la segunda categoría, las entrevistadas exponen aspectos que tiene que ver con las intervenciones innecesarias por parte del personal médico:

¹⁰ En el principio de separación las cosas están disociadas de su contexto, de los objetos y personas relacionadas. «... separa a la persona en partes componentes, a las enfermedades en elementos constitutivos, al tratamiento en segmentos medibles, a la práctica de la medicina en múltiples especialidades, y a la experiencia de enfermedad del fluir de la vida» (Davis-Floyd, 2004, p. 26).

Entonces, en vez de arropar a ese bebé, llevarlo con la piel de la madre, que se prenda a la teta, a su tiempo, que escuche la voz de esa madre que es la que escuchó siempre, que es la misma, solo que ahora se escucha distinto, está ensayando los oídos. No, lo que hacen es separarlo de la madre, lo dejan cinco minutos (Entrevistada 4).

A su vez, consideran que la asistencia en las instituciones médicas brinda poco margen de autonomía. Estas cuestiones van en sintonía con los aportes de Magnone (2011), quien expone que la violencia institucional se ejerce cuando las mujeres preguntan «demasiado» sobre el proceso de parto o cuando plantean alternativas al modelo hegemónico de atención: «En realidad, como son autoridades y cuando una va y dice “yo quiero ser autónoma en mi cuerpo, en mis decisiones”, no hay cabida para eso, [para] salirse de lo normal o lo esperado» (Entrevistada 7).

Reflexiones sobre el parto como proceso desmedicalizado

Las entrevistadas consideran la asistencia en las instituciones médicas desde una perspectiva de medicalización del parto, debido a las características que exponen. Estas concepciones, en la mayoría de los casos, no surgen debido a experiencias anteriores y a malos tratos en la asistencia institucional, sino que se generan en el acceso a información o desde experiencias de otras mujeres, lo que lleva a generar un discurso que influye en la decisión de tener un parto por fuera de las instituciones médicas. Por esta razón se incorpora el concepto desmedicalización, con el fin de plantear la posibilidad de que la práctica de PDP se encuentre dentro de este proceso, ya que es una alternativa a la práctica hegemónica y recomendada, un parto institucional, que se asiste desde un modelo tecnocrático, dentro de un proceso de medicalización.

Se entiende por desmedicalización a la insatisfacción generalizada contra la hegemonía biomédica, enmarcada en un proceso contracultural (Bordes, 2015, p. 631), y en contraposición a la medicalización. Sin embargo, Lowenberg y Davis (1994) proponen que no debería verse como un giro cultural contrapuesto, sino como una articulación entre procesos de medicalización y desmedicalización, desde una visión diferente a otros teóricos que conceptualizan estos fenómenos como opuestos (citados en Bordes, 2015). De todos modos, exponen la medicalización/desmedicalización en términos de patologías, medicinas alternativas, etc. Sin embargo, y como se dijo antes, la medicalización es un fenómeno social de amplio alcance que supone una inmersión de la medicina en todos los ámbitos de la vida de las personas. A su vez, se puede plantear como proceso que se genera a partir de la medicalización de la sociedad, debido a que la internalización de la medicina en la vida de las

personas produce que estas comienzan a acceder a información, reflexionando y desconfiando en los y las doctoras y científicas, para optar muchas veces por tratamientos alternativos a los hegemónicos (Bordes, 2015).

Por otra parte, Illich (1975), quien describe a las instituciones médicas como un sistema de producción industrial, sostiene que, es por esto que se tiende a descuidar los valores producidos por el modo autónomo, es decir, que se genera una pérdida de autonomía. Se coloca el mejoramiento de la asistencia por encima de los factores que podrían mejorar para una autoasistencia (Illich, 1975, p. 81). Lo que se propone desde la industria médica es más medicalización, aspecto que, para el autor, genera una clase de dependencia que se convierte en un obstáculo para la asistencia autónoma mutua, para afrontar la enfermedad, impidiendo que la gente transforme las condiciones que las enferman (Illich, 1975, p. 89). Plantea, a su vez, que la reducción o control de la industria médica generaría que el control social sea ejercido por otra hegemonía. Sin embargo, la sociedad que pueda reducir al mínimo la intervención profesional proporcionará mejores condiciones para la salud, en el entendido de que la medicalización genera más daños en la salud que buenas prácticas (Illich, 1975, p. 217).

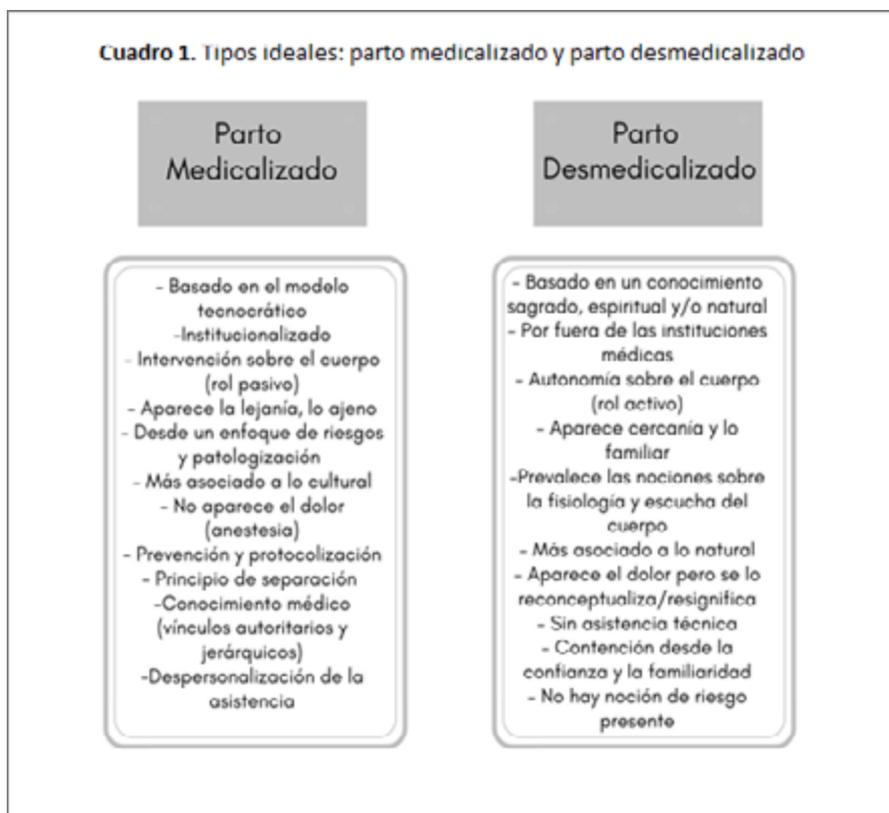
Resulta interesante este planteo debido a que nos propone una desmedicalización o una asistencia autónoma como un ideal de mejores condiciones para la salud, pero, a la vez, al plantear que la némesis médica es irreversible y estando inmerso dentro de la lógica mercantil e industrial, pone en duda hasta qué punto se puede generar una autonomía en cuanto al control social que genera la industria médica.

¿Parto domiciliario planificado como un proceso desmedicalizado?

Para comenzar a analizar estos aspectos en relación con el PDP, y teniendo en cuenta lo expuesto tanto sobre la medicalización como sobre la desmedicalización desarrollo los siguientes tipos ideales,¹¹ con el fin de exponer dos categorías que, a mi entender, pueden concebirse como antagónicas: parto medicalizado y parto desmedicalizado.

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

Figura 1.
Tipos ideales: parto medicalizado y parto desmedicalizado



Fuente: elaboración propia a partir de construcción teórica

Al enfocarme en la práctica de PDP, teniendo en cuenta las especificidades de las experiencias de las entrevistadas, y al contraponerlo con los conceptos desarrollados, hay un aspecto central en relación con este tema: la importancia que ellas le dan al acompañamiento de las parteras.

De esta manera existe un rol profesional sobre el cual recaen la confianza y la seguridad de las entrevistadas. A su vez, asisten desde lo técnico, con una formación específica que avala ese papel.

Si hay algo que me parece importante en los procesos y en lo que puede ofrecer en particular este equipo es generar confianza, confianza mutua, que es lo que a veces falta en las instituciones: alguien que confíe en vos y en quien vos puedas confiar. Confiar en que no te va a meter una mano sin que vos sepas para qué, confiar en que te van a respetar (Entrevistada 5).

Otro aspecto dentro de esta comparación es el que se refiere al riesgo. En el caso de un PDP donde se busque asistencia (acompañamiento de parteras) y se lleven todos los controles necesarios, para un parto de bajo riesgo, solo se asistirá mientras no haya riesgo. De esta

manera, si se percibe alguna situación que implique un alto riesgo en ese parto, se trasladará a la mujer a una institución médica. Se podría decir, entonces, que en el PDP es asistido teniendo en cuenta la noción de riesgo, ya que ese aspecto será central a la hora de decidir si se asiste ese parto en el hogar o no. El alto riesgo es asistido en las instituciones médicas, ya sea por una cesárea urgente o un parto complicado para los que se necesite un cuidado específico. Por otra parte, al tomar en cuenta las experiencias de las entrevistadas en cuanto a los aspectos relacionados con la autonomía y el protagonismo de las mujeres en el parto, estas consideran que han tenido este aspecto cubierto, es decir, que se sintieron protagonistas en sus partos. Sin embargo, al pensar en el papel de las parteras y en las decisiones que puedan tomar en cada momento, por ejemplo, en cuanto a asistir un parto de alto riesgo o al contar con un conocimiento profesional y técnico que genera decisiones y pasos en la asistencia, el protagonismo y la autonomía no son exclusivos de las mujeres, sino que se generan dentro de un acuerdo entre los aspectos en los que se brinda esa autonomía y las decisiones que se toman desde ese saber profesional.

De esta manera, teniendo estos aspectos presentes y basándome en la clasificación expuesta sobre los dos tipos ideales (parto medicalizado y desmedicalizado), ubico al PDP en un lugar intermedio. Es una práctica que es asistida por parteras, donde hay un conocimiento técnico y profesional presente, capacitado para la asistencia en partos. Sin embargo, no se colocaría dentro de la clasificación de parto medicalizado. Para ahondar en esta explicación se incorporan los aspectos que resultaron significativos sobre sus experiencias de PDP, dentro de los cuales se pueden distinguir los que tienen que ver con su bienestar, los que tienen que ver con el bienestar del bebé y los que refieren al puerperio.

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

En esta misma línea, manifiestan que se sintieron protagonistas de sus partos, pudiendo hacer todo lo que necesitaban en cada momento (bañarse, salir a caminar, hacer diferentes ejercicios con objetos como pelotas, etc.) Es decir, tuvieron un rol activo y libertad de acción y sintieron que en la institución médica no los hubieran tenido. «Y estuvo bueno porque en realidad yo me sentí recontenida todo el tiempo, ¿no?, recuidada y respetada en mis tiempos,

en mis ritmos. [...] Yo me sentí como siempre reacompañada, recuidada, y empoderada» (Entrevistada 9).

En cuanto al bienestar de sus bebés, mencionan que nacieron respetados, con los tiempos biológicos necesarios. También comentan lo importante que fue para ellas pensar que nacieron con sus objetos alrededor y que los primeros olores que sintieron fueron los de su hogar.

Finalmente, en cuanto al puerperio, responden que no tuvieron que trasladarse luego del parto ni tampoco tuvieron que quedarse en observación o internación. También consideran que les facilitó estar en su hogar en relación con poder utilizar su baño, su cama, tener sus objetos personales a mano, comer comida casera, etc. Sobre este aspecto se le da mucha importancia a la planificación del parto, debido a que luego se necesitan determinadas cosas, en cuanto a logística, que no las atiende otra persona, como puede suceder en una institución médica por ejemplo.

En resumen, el PDP según las experiencias expuestas no podría colocarse dentro de ninguno de los tipos ideales propuestos, se encuentra en un lugar intermedio. Por otro lado, se podría concluir que, la asistencia descrita por las entrevistadas tiene varios puntos en común con la perspectiva del modelo humanista, debido a que se propone una asistencia que no es una oposición a la tecnocrática, sino que se desarrolla de manera más humana, contemplando las individualidades, pero, de todos modos se sigue manteniendo una jerarquía del tipo médico-paciente (en este caso partera-parturienta). Este aspecto se mantiene aunque la asistencia no se genere dentro de la institución médica. Podría, a su vez, clasificarse al PDP como una práctica dentro de un proceso de desmedicalización, o que contempla algunos aspectos de esta, pero no como una práctica completamente desmedicalizada, porque se basa, entre otros aspectos, en un conocimiento médico de asistencia en partos.

Por otro lado, tomando el discurso de las entrevistadas y lo propuesto por Montes (2007), se genera un discurso que va en la línea de un esencialismo biológico, pero, en la práctica, la asistencia propuesta no se expone como una oposición a la tecnomedicina, sino que se tienen en cuenta esos conocimientos, así como se incorporan otros (por ejemplo, la incorporación e utilización de homeopatías). A su vez, se tiene en cuenta en esa asistencia la confianza, la intimidad, el acompañamiento emocional y la opinión de las mujeres a las que se está acompañando.

Algunos aspectos en relación con la asistencia en partos

Como se desarrolló antes y teniendo en cuenta las categorizaciones expuestas en relación con las concepciones que las entrevistadas brindan sobre las instituciones médicas, se podría

concluir que hay muchos aspectos que tienen que ver con el ambiente y la comodidad de estar en sus hogares, la intimidad y privacidad que no se pueden igualar o equiparar a una experiencia institucional.

Sin embargo, surge de esta comparación un aspecto importante, que tiene que ver con el tipo de asistencia que propone cada profesional. Normalmente, en Uruguay, la asistencia de partos en las instituciones médicas está en manos de ginecólogos y ginecólogas, aunque la perspectiva humanista recomienda que los partos de bajo riesgo sean asistidos por parteras (Magnone, 2010, p. 139). Esto se propone debido a la formación de cada profesional y la manera de asistir desde su papel técnico. Sin embargo, en Uruguay se identifican como principales agresores de violencia obstétrica en la asistencia institucional a ginecólogos y ginecólogas, parteras y parteros y enfermeros y enfermeras con el mismo porcentaje (Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, 2020).

Resulta relevante para esta apreciación incorporar los aportes de Roberto Castro (2014), quien expone que muchos de los aspectos en referencia a abusos o malos tratos en instituciones médicas por parte del personal de salud con las mujeres que van a asistir sus partos tiene que ver con la formación profesional. En este sentido, basándose en Pierre Bourdieu, genera el término *campo médico*, como las instituciones y actores de la salud que imponen esquemas dominantes. Dentro del campo médico distingue también las instituciones de formación de profesionales que luego formarán parte del campo médico (Castro, 2014, p. 173). En este sentido, un propulsor para el cambio en la asistencia es revisar la educación de los profesionales, de esa manera se podrá apostar a una asistencia que tenga en cuenta los aspectos propuestos por el modelo humanista. A su vez, atender a las lógicas institucionales que se imponen desde la jerarquía y autoridad, aspecto que puede realimentar toda la asistencia, muchas veces sin importar desde qué profesión se esté actuando (ginecología, parteras o enfermeros).

Por otra parte, se retoma la propuesta de Odent (2002) sobre las actitudes biodinámicas, esto es, basarse en los procesos físicos y biológicos del nacimiento, describiéndolo como lo opuesto a un parto médicamente controlado. Como parte de estas actitudes biodinámicas propone la incorporación de casas de nacimiento, así la mujer que asiste puede desconectar y olvidar que está dentro de un hospital. Por otro lado, recomienda la adaptación de los PDP y propone un vínculo entre las parteras que asisten el parto y el equipo hospitalario para difuminar la oposición entre una forma de parir y la otra y así combinar la intimidad del hogar y los equipos hospitalarios.

Considero entonces que las experiencias domiciliarias pueden aportar a las institucionales, debido a que no tiene que ver solo con un lugar diferente en donde parir, sino con un cambio en la concepción sobre cómo se toma al proceso de parto. En este sentido, se desprenden aspectos institucionales que fallan, por ejemplo, en cuanto a la escasa posibilidad de generar confianza con un profesional, siendo que en el embarazo y parto la mujer pasa por muchos profesionales diferentes dentro de la institución. O en relación con la falta de importancia que se le brinda al puerperio, aspecto principal en el acompañamiento por parte de las parteras según las menciones de las entrevistadas. «Es un cambio en entender que el nacimiento tiene que tener una visión en derechos humanos, políticas públicas de derechos humanos, de género, donde todo eso esté atravesado, transversalizado y observado desde esa visión» (Entrevistada 6).

El parto domiciliario planificado desde una perspectiva de resistencia

Con base en las concepciones de las entrevistadas sobre las instituciones médicas y entendiendo al PDP como una práctica alternativa a la hegemónica (un parto institucional), resulta interesante reflexionar sobre este desde una perspectiva de resistencia. Esta propuesta surge, a su vez, de la poca visibilidad que tiene la práctica en Uruguay y de que, desde el MSP, como se mencionó, es una práctica no recomendada.

Se toman los aportes de Fornes (2009), quien plantea que las experiencias de parto están sesgadas por relaciones de género, que asignan un lugar específico a la mujer. Este aspecto se da, según la autora, tanto en una experiencia institucional, desde la obediencia respecto a las reglas y rutinas médicas como desde la reclusión doméstica como único reducto para ejercer el derecho y poder sobre sus cuerpos (Fornes, 2009, p. 8). De esta manera, se propone que la decisión se toma desde un lugar de resistencia.

Decisión de tener un parto domiciliario planificado

De lo expuesto por las entrevistadas se desprenden tres categorías sobre el proceso de decisión: 1) incomodidad en las instituciones médicas, 2) malas experiencias en las instituciones médicas y 3) prioridad por métodos alternativos a lo hegemónico

El primer aspecto tiene que ver con las concepciones negativas que se exponen sobre la institución médica, las cuales llevan a una incomodidad a la hora de asistir a consultas, no solo relativas al proceso de embarazo y parto, sino en general. Esta incomodidad se produce, en la mayoría de los casos de la muestra, sin haber tenido una experiencia institucional negativa.

No fue ni por una mala experiencia ni por nada. Fue como que en principio no me resultaba... Nunca me sentí muy cómoda en el ámbito hospitalario, siempre que voy al médico me siento muy incómoda, todo lo que son los controles me ponen muy incómoda y me siento como a prueba. Sentía como un poco eso, como todo el mundo me dice como, qué osada, qué valiente. Yo creo que es más un acto de cobardía (Entrevistada 1).

De este relato de una de las entrevistadas aparecen dos aspectos importantes: la incomodidad institucional y la cobardía, lo cual llevó a la decisión de tener un PDP. Ambas afirmaciones están fundamentadas en una valoración negativa sobre las instituciones médicas. Sobre este aspecto se transversaliza otro tema, el cual las entrevistadas consideran de gran importancia: el acceso a información. Consideran que su decisión fue informada, ya que pudieron buscar, leer, investigar, consultar, etc. En suma, considero que la decisión fue tomada desde el conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y, a su vez, desde una concepción negativa sobre las instituciones médicas basada en relatos de otras mujeres, en información sobre la cual fueron indagando, etc. De esta manera generaron una apropiación subjetiva de un discurso, visualizándose en una incomodidad con respecto al ámbito médico.

La segunda categoría hace referencia a las malas experiencias institucionales que influyeron en la decisión de tener un PDP. Esta idea se ve plasmada en algunas de las experiencias de las entrevistadas, no en relación con partos institucionales anteriores, sino con malos tratos del personal de salud, en diferentes situaciones, que influyeron directamente en la decisión de algunas de las entrevistadas.

Finalmente, el último punto tiene que ver con una cuestión que involucra a algunas de las entrevistadas que mencionan sus inclinaciones hacia tratamientos alternativos no hegemónicos (por ejemplo, homeopáticos en lugar de tratamientos médicos tradicionales).

Yo creo que desde muy chica fantaseaba con la idea de tener un parto en agua. Siempre me inclino por formas alternativas, para todo. Mi concepción de lo que es la salud y la enfermedad y el sistema en el que vivimos, por ejemplo... Como que siento y percibo muchas veces a las enfermedades, tanto físicas como psicológicas, son producto de nuestras vivencias, de nuestras historias. [...] Concibo a una persona con todo su mundo, tanto emocional como físico o espiritual, sé que el sistema muchas veces falla en ese sentido, en atender solamente una parte de la persona y ahí se pierde el todo (Entrevistada 2).

En resumen, la decisión de tener un PDP en la mayoría de las entrevistas se debe a una concepción negativa sobre las instituciones médicas, aunque no sea fundada en una experiencia institucional anterior. De todos modos, al hacerse desde la búsqueda de una forma

alternativa a la hegemónica y recomendada, se genera una postura de resistencia por parte de estas mujeres en su decisión de tener un PDP.

Dispositivos alternativos de poder

Para explicar a qué me refiero al hablar de resistencia, tomo el concepto de *dispositivo alternativo de poder*, que se basa en la definición de *dispositivo de poder* de Michel Foucault¹² teniendo en cuenta que esta definición coopta todo tipo de resistencia debido a su amplitud conceptual. En este sentido, se conceptualizan como dispositivos alternativos aquellos dispositivos, con las mismas características que los dispositivos de poder, pero que funcionan dentro de una biopolítica alternativa, que refiere a una lucha contra la dominación del cuerpo, presentándose como una forma de libertad, en términos de autonomía y autodeterminación (Sanín y Zapata, 2014, p. 80).

Los dispositivos alternativos se caracterizan por definir reglas, normas y maneras de actuar propias, pero alejándose de las normas de dominación ejercidas por la institución para interponer sus propias dinámicas, dentro de un proceso de autonomía. Se entiende a la autonomía, entonces, no como sinónimo de independencia, sino como una manera de vivir en sociedad bajo el autogobierno (Sanín y Zapata, 2014, p. 82). Este concepto resulta útil para pensar la práctica del PDP como resistencia, concebida desde las experiencias de las entrevistas, en las que se sostiene que uno de los aspectos fundamentales de su experiencia de parto fue el acompañamiento de las parteras, quienes, a su vez, tienen una manera de actuar específica, con determinadas reglas y normas.

En resumen, considero a la decisión de tener un PDP dentro de un proceso de resistencia, en el que se opta por un dispositivo alternativo, donde se asiste el proceso de parto fuera de la institución médica, pero cumpliendo con determinadas normas y formas de asistir específicas, para generar así autonomía de acción. Se considera un dispositivo alternativo en el entendido de que es una práctica de asistencia alternativa que no es está recomendada desde el Estado, y a la que las mujeres que acceden lo hacen desde un conocimiento previo, en relación con información sobre derechos sexuales y reproductivos y desde un rechazo a la asistencia institucional, buscando otras formas de asistencia.

12 Dispositivos de poder en cuanto «... modos de captar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivientes» (Agamben, 2011 en Sanín y Zapata, 2014, p. 81)

Reflexiones finales

Teniendo en cuenta las experiencias de las entrevistadas se puede concluir que no tomaron la decisión de tener PDP desde una mala experiencia institucional, fuera de un parto anterior o de otro tipo de experiencias. Sin embargo, sus concepciones sobre las instituciones médicas son negativas, lo que las inclina a tener un PDP, al considerarlo una práctica alternativa a la hegemónica —el parto institucional—. Aspectos como la violencia obstétrica,¹³ la atención desde el enfoque de riesgos (donde se busca prevenir y se protocoliza la asistencia), la atención en partos por parte de ginecólogas y no de parteras, el uso protocolizado de episiotomías, las cesáreas innecesarias y otros aspectos que van contra las recomendaciones tanto nacionales como internacionales las llevan a entender que la institución médica no es el lugar donde ellas se sentirían más cómodas para tener a sus bebés. Estos aspectos en torno a sus concepciones no se basan, en la mayoría de las entrevistadas, en experiencias que vivieron en carne propia, sino en experiencias que han escuchado, información que han adquirido y leído, y que, a su vez, generan una apropiación subjetiva de un discurso que guía sus opiniones y decisiones.

Mencionan otros aspectos relacionados con el lugar físico, la armonía, las luces, los objetos personales. Es decir, cuestiones que tienen que ver con considerar el hogar como un lugar de más comodidad, familiar, donde se podrían relajar y hacer lo que quisieran en cada momento, es decir, que les propone más autonomía. Hay dos aspectos, entonces, a tener en cuenta: los relacionados con la asistencia y aquellos vinculados con el lugar físico. Considero que las experiencias domiciliarias, en este sentido, pueden sumar a las institucionales, teniendo en cuenta que propone un cambio en cómo se concibe el proceso de parto, embarazo y puerperio (sobre el cual en las instituciones médicas no hay casi acompañamiento), en el entendido de que las parteras, según lo descrito por las entrevistadas sobre su rol, proponen una asistencia que tiene similitudes y cercanías con el modelo humanista.

Por otra parte, las recomendaciones sobre la humanización del parto son que un parto de bajo riesgo sea asistido por una partera, debido a su formación determinada. Esta situación, en Uruguay, no es la predominante, sino que lo son los partos asistidos prioritariamente por ginecólogos o ginecólogas. Este aspecto es importante, pero no es lo único que influye. Es decir, no solo es cuestión de quién asiste los partos institucionales, sino que tiene que ver con un cambio sobre cómo se hace, tanto desde la medicina como socialmente concebimos el parto y la decisión sobre dónde y cómo parir. En este contexto, considero a la decisión de tener

13 Este tipo de violencia está considerada actualmente dentro de la Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género (Ley n.º 19.580) definida como «toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos productivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos» (Uruguay, 2017)

un PDP dentro de un proceso de resistencia. La práctica, con las características que exponen las entrevistadas la concibo como un dispositivo alternativo, donde también existen maneras de accionar específicas, normas y reglas.

Muchos aspectos planteados a lo largo de este trabajo, así como la posibilidad de tomar al parto como un proceso completamente desmedicalizado, y, teniendo en cuenta el aspecto fundamental que significa la asistencia de las parteras para las entrevistadas, aportan, para concluir que el PDP se encuentra en un lugar intermedio entre las características de un parto medicalizado y uno desmedicalizado. No es una oposición absoluta al parto institucional, visto desde esta perspectiva. A partir de este aspecto se podría incluir como una opción más a la hora de elegir dónde parir, pudiendo considerarlo como una elección dentro de un marco que contemple diferentes lugares de asistencia. Al plantear el PDP desde una posición intermedia, o tal vez sin tomarlo como una oposición radical al parto institucional, se podría incorporar la propuesta de Odent (2002) sobre una coordinación entre las experiencias domiciliarias y los equipos hospitalarios, tratando de incluir las ventajas o posibilidades que habilita cada asistencia. Sin embargo, retomando lo expuesto por Illich (1975) sobre la industria médica y la poca autonomía que se le propone a las personas para actuar sobre su propia salud, se vuelve difusa la idea de plantear, desde el sistema de salud, que se incorpore la propuesta de PDP y lograr una coordinación entre los equipos hospitalarios que genere un aprovechamiento de recursos.

Para que esto sea una posibilidad, se debe generar un cambio en la manera de concebir el proceso de parto, tanto desde la sociedad como desde el Estado, y desde las instituciones médicas y el personal de salud, donde influyen lógicas que siguen manteniendo el modelo tecnocrático de asistencia en partos. En este sentido, incorporar esta temática como discusión o desde sus aportes en la asistencia puede propiciar a generar cambios que apunten a una propuesta más humanista en la asistencia en partos.

Referencias

- Alonso, J. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Bordes, M (2015). El debate medicalización-desmedicalización en el campo de estudios de las medicinas alternativas y complementarias. En: *I Congreso Latinoamericano de Teoría Social*. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032014000200001&script=sci_abstract&tlng=pt.

- Crizóstomo, C., Nery, I., y Barros Luz, M. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11(1): 98-104. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/VQbwFwMvT4CLcB3NnLg3c6c/?lang=pt&format=pdf>
- Davis-Floyd, R. (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Fundación Creavida.
- Federici, S. (2011). *El calibán y la bruja: mujeres, cuerpos y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. En: *Acta 1.º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedades*. Córdoba: Universidad de Córdoba
- Frank, T. C., y Pelloso, S. M. (2013). A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado, *Rev Gaúcha Enferm.*, 34(1), 22-29. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/KYkMxpSVhTTGzggmV5ZZ3KM/?lang=pt&format=pdf>
- Garazi, D. (2016). Experiencia, lenguaje e identidad: Algunas notas sobre el concepto de experiencia en la obra de Joan W. Scott. *Trabajos y Comunicaciones*, (43), e013. Recuperado de <https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=arti&d=Jpr7179>;
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (s, f.). Estadísticas vitales. [en línea] Recuperado de <https://www.ine.gub.uy/estadisticas-vitales>.
- Lupton, D. (2012). *La medicina como cultura: la enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Medellín: Universidad de Antioquia
- Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización* (Tesis de Maestría en Sociología). Montevideo: FCS, Universidad de la República. Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS_MagnoneAlemanNatalia.pdf.
- Magnone, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. En: *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales*. Montevideo: Universidad de la República.
- Montes, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento: representaciones de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014). *Guía de Salud Sexual y Reproductiva: manual para la atención a la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio*. Montevideo: MSP-UNFPA. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>.
- Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las Mujeres (2020). *Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones*. Montevideo: INE. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/encuesta-nacional-prevalencia-sobre-violencia-basada-genero-generaciones>.
- Odent, M. (2002). *El granjero y el obstetra*. Buenos Aires: Editorial Creavida.
- Sanín Eastman, J. A., y Zapata Callejas, J. S. (2014). Biopolítica, seguridad y dispositivos alternativos de resistencia. *Revista de Estudiantes de Ciencia Política*, (3). Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/recp/article/view/26241>.
- Uruguay (2017). Ley n.º 19.580: Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género. Modificación a Disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la Ley 17.514. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>.
- Weber, M. (1958). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu,
- Zola, I. K. (1999). La Medicina como Institución de Control Social. En: C. de la Cuesta (Comp.), *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en Sociología de la Medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia.