



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Fortalecimiento de la mujer en la decisión de un parto en domicilio en Chile

Pía Rodríguez Garrido



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – CompartirIgual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – CompartirIgual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Fortalecimiento de la mujer en la decisión de un parto en domicilio en Chile

Pía Rodríguez Garrido



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Fortalecimiento de la mujer en la decisión de un parto en domicilio en Chile

Doctoranda:
Pía Rodríguez Garrido

Directora de tesis:
Dra. Josefina Goberna Tricas

Tutora de tesis:
Dra. Josefina Goberna Tricas

Programa de Doctorado Enfermería y Salud

Universidad de Barcelona

Barcelona, 2021

“Hasta que la dignidad se haga costumbre”

(Jacinta Francisco Marcial, mujer madre hñähñú)

Agradecimientos

Han sido casi 5 años de altos y bajos, de alegrías y tristezas, de orgullos y decepciones, pero, sobre todo, de constantes aprendizajes y reflexiones, de rodearme de cariño y apoyo, de verme acompañada de gente maravillosa que ha participado activamente en este proceso, y de verme en otros momentos de soledad saliendo adelante con esfuerzo y valentía.

Vengo de un lejano lugar ubicado al sur del mundo llamado Chile. Hace casi cinco años inicié este hermoso viaje lleno de ilusiones. Jamás olvidaré esta etapa en mi vida, no tan solo por lo que pude aprender, sino porque pude conocer(me) y saber lo que puedo *llegar a ser*.

En esta trayectoria me he rodeado de personas muy importantes que me han mostrado caminos de adversidad, pero también de amor, confianza y apoyo. Es por ello que, en estas páginas, quiero mencionar a quienes han sido fundamentales en el desarrollo de mi tesis doctoral, ya sea, por una palabra de aliento, por su orientación, por una salida, por una ida a la playa, por una tarde de conversación o simplemente por abrazarme y decir “no te preocupes que todo estará bien”.

Quiero iniciar agradeciendo a la Dra. Josefina Goberna Tricas, quien ha sido mi directora y tutora de tesis, por haber confiado en mi proyecto de investigación, por haber orientado mi trabajo con ánimo de mejoras, por permitirme participar de espacios los cuales han enriquecido mi formación, y por mostrarme las vicisitudes del camino académico y de investigación. Gracias por el aprendizaje.

También y con mucha humildad, quiero agradecer a todas las mujeres que producto de sus convicciones han optado por tener un parto en domicilio. Mi total admiración. Particularmente, quiero agradecer profundamente a quienes participaron desinteresadamente de esta investigación, por su entrega, por abrirme las puertas de su hogar, por permitirme conocer a su familia, por contarme sus hermosas experiencias y relatos de nacimiento. A todas ellas, les estoy profundamente agradecida. Quiero mencionar especialmente a Javiera Barreau. Tus melodías estuvieron siempre acompañando la escritura de estos párrafos, gracias por tu arte y tu relato, te abrazo a la distancia.

Quiero agradecer a mis amigos y amigas de Chile y Barcelona por su apoyo constante, por su ánimo, por su cariño, por todas esas celebraciones y cantos, muchísimas gracias por llenar estos años de alegría, goce y salud. Para mis amigas que viven en Chile, gracias, Beatriz Arancibia, Dani Améstica, Fabiana Rivas, Pilar Ortiz y Valentina Carrasco. Y mis amigos y amigas que viven en Barcelona, gracias a Bárbara Concha, Barbara Boureau, Celeste Hidalgo, Dani Poblete, Dani Cid, Inda Zango, Karinna Rojas, Paloma Correa, Pamela Valenzuela, Prissilla Soto, Juan Pablo Acuña, Ignacio Cabrera, Pablo Becerra y Pedro Marchant. Y a quienes no he nombrado, pero siempre estuvieron acompañándome de una forma u otra. A todos y todas ellas, muchísimas gracias.

Quiero agradecer por su compañerismo, apoyo, confianza y amor a Juan Andrés Pino, quien no sólo ha sido mi compañero de vida en estos 10 años, sino también, ha sido un gran amigo y confidente. No han sido épocas fáciles, hemos tenido altos y bajos, pero de éstos últimos hemos aprendido y gracias a esos también es que hoy en día seguimos resistiendo. Gracias por tu apoyo, por el espacio y por todos esos momentos que solo nosotros conocemos y atesoramos con profundo amor. A seguir *sentipensando*, ahora, en nuestra tierra. Gracias también a tu familia quienes siempre nos han apoyado con una palabra, con un abrazo y con ricos asados. Muchas gracias por el cariño.

Para finalizar, mi mayor agradecimiento a mi hermosa familia, partiendo por mi querida madre, que siempre, siempre ha estado conmigo, en todo momento, no hay instancias de mi vida que no te piense, recuerde, quiera y reconozca. Valoro profundamente todo tu apoyo, tu perseverancia y tu valentía para sacar a tu familia adelante, no puedo estar más orgullosa de ti. Gracias por ser mi mamá, gracias por tu amor incondicional y gracias por entregarme alas para seguir volando. Te adoro de aquí al infinito. Gracias también a mis hermanos Matías y Waldo por apoyarme siempre en mis decisiones, por entregarme todo su cariño y por acompañarme desde la distancia. Gracias a mis queridos sobrinos Ian y Tomás, a quienes adoro profundamente. Gracias a mi tía Patricia, mi madrina, que siempre me ha entregado una palabra de aliento y amor. Y finalmente, gracias a mi tata y a mi gueli, por su amor y apoyo incondicional que trascienden las dimensiones de este mundo.

A toda mi hermosa familia, muchísimas gracias. Les amo con todo mi corazón.

ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS	I
RESUMEN	III
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 FILOSOFÍA DE VIDA Y EL DESIERTO MÁS ÁRIDO DEL MUNDO	8
2.1.1 Transitando entre esencia y naturaleza: abordajes desde dimensiones filosóficas	9
2.1.2 Existencialismo y esencialismo: miradas desde la condición humana-mujer	17
2.2 ARQUEOLOGÍA DEL SABER: GÉNERO, NACIMIENTOS Y PARTOS EN DOMICILIO	31
2.2.1 Arqueología del nacimiento desde un enfoque de género	32
2.2.2 Transitando arqueologías de saberes sobre el nacimiento	37
2.2.3 Gestando vestigios: pariendo significados arqueológicos del parto en domicilio	40
2.3 LA EMERGENCIA DE UNA ANTROPOLOGÍA FEMINISTA ¿ES SOLO CUESTIÓN DE MUJERES?	45
2.3.1 Nociones de la antropología médica y su vinculación con la perspectiva de género	50
2.3.2 Con/ciencia feminista para transitar desde una antropología médica crítica a una antropología del nacimiento	55
2.3.3 Culturas del nacimiento: una aproximación antropológica a la gestación, al	

parto y al parto en domicilio_____	60
2.4 PERSPECTIVA SOCIAL Y SANITARIA DEL PARTO EN DOMICILIO_____	69
2.4.1 Perspectiva social del parto en domicilio_____	70
2.4.2 Perspectiva sanitaria del parto en domicilio_____	75
2.4.3 Panorama de la atención socio-sanitaria del parto en domicilio en Chile_____	78
MARCO EMPÍRICO_____	86
3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA_____	87
4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN_____	90
5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN_____	90
5.1 OBJETIVOS GENERALES_____	90
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS_____	90
6. METODOLOGÍA_____	93
6.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN_____	94
6.2 OBJETIVO 1. EXPLORAR LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y SANITARIAS DEL PARTO EN DOMICILIO_____	94
6.2.1 Método de búsqueda_____	94
6.2.2 Criterios de inclusión_____	96
6.2.3 Criterios de rigor metodológico_____	96
6.2.4 Criterios de validación_____	97
6.2.5 Evaluación de los datos_____	98
6.2.6 Análisis de los datos_____	98

6.3 OBJETIVO 2. ANALIZAR EL CONCEPTO DE SEGURIDAD SOBRE EL PARTO EN DOMICILIO	99
6.3.1 Métodos de búsqueda	99
6.3.2 Criterios de inclusión	99
6.3.3 Análisis de los datos	100
6.4 OBJETIVO 3. ANALIZAR LOS SIGNIFICADOS SOCIALES QUE LAS MUJERES LE OTORGAN AL PARTO EN DOMICILIO EN EL CONTEXTO CHILENO	101
6.4.1 Contexto y ámbito del estudio	101
6.4.2 Contexto de las participantes	102
6.4.3 Aproximación a las participantes	102
6.4.4 Selección y características de las participantes	103
6.4.5 Técnica de recogida de la información	105
6.4.6 Consideraciones éticas de la investigación	106
6.4.7 Criterios de rigor metodológico	106
6.4.8 Análisis de la información	107
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	110
7.1 OBJETIVO 1. EXPLORAR LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y SANITARIAS DEL PARTO EN DOMICILIO	112
7.2 OBJETIVO 2. ANALIZAR EL CONCEPTO DE SEGURIDAD SOBRE EL PARTO EN DOMICILIO	130
7.3 OBJETIVO 3. ANALIZAR LOS SIGNIFICADOS SOCIALES QUE LAS MUJERES LE OTORGAN AL PARTO EN DOMICILIO EN EL CONTEXTO CHILENO	141
8. DISCUSIÓN	166

8.1 DISCUSIÓN	167
8.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	173
9. CONCLUSIONES	175
10. LÍNEAS FUTURAS DE DESARROLLO E INVESTIGACIÓN	179
11. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	183
11.1 FINANCIACIÓN	183
11.2 DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	183
11.2.1 Artículos científicos publicados	184
11.2.2 Editorial	184
11.2.3 Ponencias	184
11.2.4 Actividades académicas	186
12. BIBLIOGRAFÍA	188
13. ANEXOS DE LA INVESTIGACIÓN	226
13.1 GUIÓN ORIENTATIVO DE PREGUNTAS	226
13.2 APROBACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA	230
13.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	231

Índice de figuras

Figura 1. Criterios de inclusión, selección y validación	97
Figura 2. Flujograma de selección de artículos	100
Figura 3. Proceso en la construcción del guion orientativo de preguntas	105

Índice de tablas

Tabla 1. Artículos seleccionados acorde a la base de datos, palabras clave y términos de búsqueda_____96

Tabla 2. Características sociodemográficas y antecedentes del parto en domicilio_104

Lista de acrónimos

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CDN: Coordinadora por los Derechos del Nacimiento

ChCC: Chile Crece Contigo

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

FONASA: Fondo Nacional de Salud

INE: Instituto Nacional de Estadísticas

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OVO Chile: Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile

PAHO: Organización Panamericana de Salud

PIB: Producto Interno Bruto

SAIP: Salas de Atención Integral al Parto

Resumen

Introducción: El nacimiento humano es un fenómeno social y cultural que por siglos ha estado expuesto a transformaciones. La profesionalización de la partería, la incorporación de médicos hombres a la obstetricia y la aplicación de tecnologías, por mencionar algunas, han generado una serie de consecuencias en la socialización actual del nacimiento. Frente a esto, el aumento de la medicalización del parto ha develado importantes complicaciones en la salud mental, emocional, física y social de las mujeres. En su respuesta han emergido diversos colectivos interpelando el rol que juegan las instituciones sanitarias en la atención del nacimiento, visualizando el parto en domicilio acompañado por una profesional como alternativa posible frente a sus demandas.

Objetivos: Por lo expuesto, surge la necesidad de (1) Explorar las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio, (2) Analizar el concepto de seguridad del parto en domicilio; y (3) Analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno.

Metodología: Para responder a los objetivos de este estudio se estructuró la investigación en 3 fases con uso de la metodología idónea para abordar cada uno de ellos. Es así como para responder al primer objetivo general, se utilizó una revisión integradora de la literatura permitiendo explorar las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio. A su vez, para responder al segundo objetivo general, se realizó un *scoping review* lo que permitió analizar el concepto de seguridad que rodea al parto en domicilio. Por último, para responder al tercer objetivo general, se utilizó un enfoque cualitativo, fenomenológico feminista y situado, a partir de entrevistar a 30 mujeres habitantes de las zonas norte, centro y sur de Chile, que habían dado a luz en sus domicilios.

Resultados: De este modo y en base al compendio desarrollado, se presentan los principales hallazgos de esta investigación a través de la publicación de tres artículos científicos. Por su parte y en respuesta al primer objetivo, emergieron cuatro dimensiones centrales de análisis: (1) Dimensión de empoderamiento en el nacimiento; (2) Dimensión comparativa de estudios sociosanitarios del nacimiento; (3) Dimensión institucional del parto; (4) Dimensión cultural del parto. Y nueve subdimensiones: (1.1) Empoderamiento de la mujer; (1.2) Soberanía del cuerpo; (1.3) Políticas contra-hegemónicas; (2.1) Domicilio versus hospital; (2.2) Costos versus efectividad; (2.3) Seguridad versus inseguridad; (3.1) Profesionales de la salud; (3.2)

Instituciones gubernamentales/Corporaciones internacionales; (4.1) Percepciones culturales. En respuesta al segundo objetivo, emergieron tres categorías centrales de análisis: (1) Riesgo de muerte; (2) Escenario del parto; (3) Modelo consensuado. Finalmente, en respuesta al tercer objetivo de investigación, emergió una categoría central de análisis: (1) Trayectorias del parto en domicilio. Dos subcategorías: (1.1) Tomar la decisión del parto en domicilio; (1.2) El momento del parto: (re)naciendo. Y, posteriormente, cuatro subcategorías: (1.1.1) ¿Por qué necesito parir en domicilio?; (1.1.2) Mi entorno no me apoya: barreras para el parto en domicilio; (1.2.1) Transitando en las emociones del parto en domicilio; (1.2.2) (No) Quiero estar sola.

Conclusión: En relación a las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio, se evidencia que, desde la perspectiva sanitaria e institucional, el parto en domicilio no está aceptado ampliamente como alternativa válida y segura. No obstante, las representaciones sociales indican un cierto interés en volver al parto en domicilio como respuesta a la excesiva medicalización e institucionalización del nacimiento. A su vez, la literatura científica que aborda el concepto de seguridad del parto en domicilio está atravesada por nociones de riesgo y mortalidad. Ambas son determinantes al momento de tomar la decisión y decretar un lugar idóneo para el nacimiento. No obstante, la evidencia científica determina el cumplimiento de estándares de seguridad para llevarlo a cabo en el domicilio. En su respuesta, los significados sociales que las mujeres chilenas le otorgan al parto en domicilio develan una serie de sentimientos positivos y negativos en sus trayectorias, esto último, producto de la resistencia sociocultural que les rodea. Aun así, significan el parto en domicilio como un acto político valorando positivamente la presencia de las matronas y sus parejas.

Palabras claves: feminismos, maternidad, matronería, parto en domicilio, seguridad, revisión integradora, investigación cualitativa

1. INTRODUCCIÓN



Fotografía CC by: Pía Rodríguez-Garrido

Lugar: Cordillera de Los Andes

Contexto: Fotografía aérea tomada en el vuelo a Chile. Con emoción de saber que estaré pronto en casa.

Descripción: Imagen de la Cordillera de Los Andes nevada en su extensión y con nubes a su alrededor.

Fortalecimiento de la mujer en la decisión de un parto en domicilio en Chile, es una investigación realizada a partir de propuestas teóricas, conceptuales, metodológicas y empíricas, las cuales se estructuraron considerando una serie de acontecimientos que rodean la historia del parto en domicilio desde la antigüedad hasta el periodo actual. En ese sentido y de cara a profundizar en las dimensiones que componen esta trayectoria, he estructurado el marco teórico que introduce conceptual y epistemológicamente el problema de estudio en cuatro capítulos.

El Capítulo “Filosofía de vida y el desierto más árido del mundo”. Describe la adversidad que implicó para las mujeres filósofas posicionar las cuestiones femeninas al interior de la disciplina durante gran parte de sus etapas. Así, señalo historiográficamente las principales corrientes filosóficas del mundo occidental y sus más conocidos exponentes, para dar paso a la progresiva incorporación del sujeto mujer y sus procesos subjetivos desde la vereda activa y creadora de epistemes. De modo que finalizo con el trazado de líneas futuras –desarrolladas incipientemente– para comprender el nacimiento humano desde la mayéutica de la filosofía del nacimiento.

El Capítulo “Arqueología del saber: género, nacimientos y partos en domicilio”. Expone desde una óptica reveladora, los acontecimientos y fenómenos arqueológicos que llevaron a escribir y desarrollar, desde un lugar androcéntrico y occidental, la llamada historia universal del ser humano. Recogiendo la lectura crítica, en este caso, de la historia no contada y anulada de los objetos y sujetos; profundizo en los dialectos no reconocidos los cuales describen, entre otras cosas: cómo las hembras del paleolítico pasaron de parir en la soledad más austera, hasta la sobre exposición que generó la socialización del nacimiento en épocas posteriores.

El Capítulo “La emergencia de una antropología feminista: ¿es sólo cuestión de mujeres?” Devela el complejo debate suscitado en la antropología, tanto a nivel teórico como metodológico, por presentar las cuestiones femeninas en los materiales etnográficos desde una posición pasiva en su participación al interior de las dinámicas sociales. En ese cuestionamiento, emerge la antropología feminista como contexto epistemológico que

articulado con la antropología médica, fueron fundamentales para exponer las relaciones genéricas de poder en los procesos de salud, enfermedad y atención de las mujeres, y, por ende, los fenómenos sociales que rodean y afectan el nacimiento humano desarrollados en la llamada antropología del nacimiento.

El Capítulo “Perspectiva social y sanitaria del parto en domicilio”. Presenta una aproximación de las implicancias sociales, en tanto jurídicas, económicas y sanitarias de la atención del parto en domicilio en Chile y el mundo. A través de las principales investigaciones desarrolladas en los últimos años, junto a la exposición de diversos contextos, documentos y protocolos nacionales e internacionales, detallo los abordajes en materia sanitaria, política e histórica de lo que ha involucrado el complejo trayecto del parto en domicilio hasta nuestros días.

Consecutivamente a los capítulos que enmarcan el problema de estudio, los siguientes apartados de esta investigación abordan el marco empírico desarrollado. Es así como en la “Justificación del problema” expongo las principales necesidades de llevar a cabo un estudio de estas características, para luego dar paso a la presentación de las “Preguntas de investigación” y “Objetivos generales y específicos de investigación” que orientaron el avance y desarrollo de este estudio.

En el apartado “Metodología” presento el encuadre metodológico que permitió desarrollar los objetivos de investigación. Así y de cara a responder el primer objetivo general que plantea explorar las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio, se realizó una revisión integradora de la literatura, la cual consistió en identificar las perspectivas sanitarias, institucionales y sociales de la atención del parto en domicilio. A su vez, para responder al segundo objetivo general de esta investigación, se realizó una *scoping review* con el propósito de analizar el concepto de seguridad sobre el parto en domicilio, ello permitió abordar en detalle y con mayor profundidad la noción de seguridad y riesgo que rodea la atención planificada del parto en domicilio en la evidencia científica. Por último, para responder al tercer objetivo general de este estudio, el cual buscaba analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno, se optó por una metodología cualitativa, fenomenológica feminista y situada, realizándose

entrevistas semiestructuradas a 30 mujeres que decidieron dar a luz en sus domicilios y que habitaban en distintas regiones de Chile.

El apartado “Resultados de la investigación” se presenta a través del desarrollo de tres artículos publicados en revistas científicas indexadas. De este modo, los primeros resultados de este estudio fueron publicados en la revista *Public Health Nursing* con el artículo titulado “Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review” respondiendo al primer objetivo general que plantea explorar las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio. A su vez, el artículo publicado en la revista *Matronas Profesión*, titulado “(In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica” abordados resultados obtenidos en el desarrollo del segundo objetivo general, el cual propone analizar el concepto de seguridad sobre el parto en domicilio. Por último, los resultados obtenidos en el trabajo de campo y que responden al tercer objetivo general de la investigación, el cual plantea analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno, se disponen en el tercer artículo científico publicado en la revista *Plos One*, titulado “Birth cultures: A Qualitative approach to home birthing in Chile”.

En el apartado “Discusión”, siguiendo la misma estructura presentada en los apartados anteriores, se discuten los principales hallazgos de este estudio orientados a cada objetivo de investigación. De esta forma, se desarrolló una relación entre los resultados obtenidos y las principales y más recientes investigaciones que abordan el parto en domicilio, sus representaciones sanitarias, sociales, la seguridad y el riesgo y, por último, los significados sociales que le rodean.

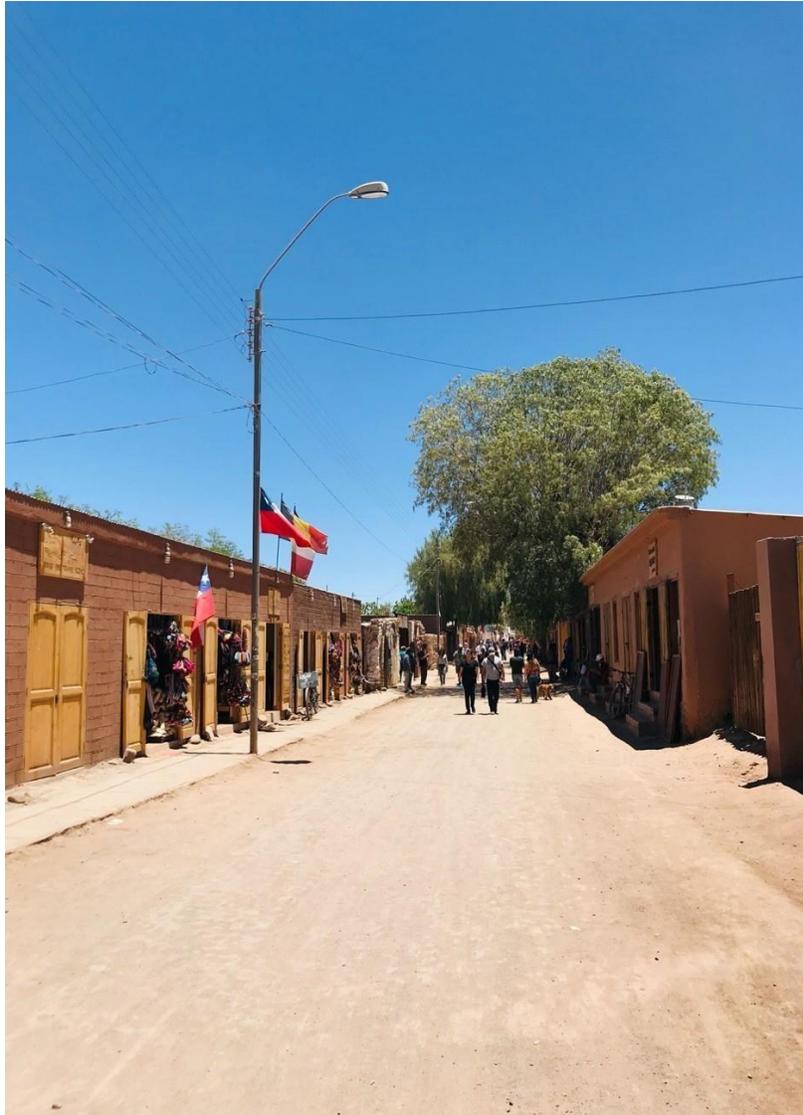
Finalmente, en el apartado “Conclusiones” se exponen las reflexiones finales del estudio que, producto de identificar las representaciones sociales, sanitarias e institucionales del parto en domicilio, junto a profundizar en la noción de seguridad que este implica, y analizar los significados sociales y las experiencias de las mujeres chilenas, permitió develar los múltiples posicionamientos y demandas que el nacimiento y las mujeres que lo llevan a cabo reclaman en la actualidad.

Por su parte, en un apartado final presento las “Líneas futuras de desarrollo de investigación”

donde expongo las principales implicaciones y aperturas epistemológicas posibles en el campo transdisciplinar que permitieron desarrollar esta investigación y las articulaciones académico-activistas como entramado que está actualmente en desarrollo y que pretendo profundizar como líneas futuras.

Para culminar presento el apartado “Financiación y difusión de los resultados” donde expongo los medios de financiación que permitieron llevar a cabo este estudio, junto a la producción científica que emergió del desarrollo de los objetivos planteados en esta tesis doctoral.

2. MARCO TEÓRICO



Fotografía CC by: Pía Rodríguez-Garrido

Lugar: San Pedro de Atacama, Región de Antofagasta, Chile

Contexto: Fotografía tomada al inicio de mi trabajo de campo en una de las calles principales de San Pedro de Atacama.

Descripción: Imagen de un camino de tierra con gente que se aproxima. A ambos lados de la calle hay pequeñas casas color terracota, a la distancia se distinguen banderas chilenas y unos frondosos árboles verdes.

2.1 FILOSOFÍA DE VIDA Y EL DESIERTO MÁS ÁRIDO DEL MUNDO

“No corremos hacia la muerte; huimos de la catástrofe del nacimiento. Nos debatimos como sobrevivientes que tratan de olvidarla. El miedo a la muerte no es sino la proyección hacia el futuro de otro miedo que se remonta a nuestro primer momento. Nos repugna, es verdad, considerar al nacimiento una calamidad: ¿acaso no nos han inculcado que se trata del supremo bien y que lo peor se sitúa al final y no al principio de nuestra carrera? Sin embargo, el mal, el verdadero mal, está detrás, y no delante de nosotros. Lo que a Cristo se le escapó, Buda lo ha comprendido: ‘Si tres cosas no existieran en el mundo, oh discípulos, lo Perfecto no aparecería en el mundo...’ Y antes que la vejez y que la muerte, sitúa el nacimiento, fuente de todas las desgracias y de todos los desastres”.

Del inconveniente de haber nacido (Cioran, 1998 [1973], p.4)

El desierto más árido del mundo está ubicado en el Norte Grande de Chile, abarca una superficie aproximada de 105.000 Km² y se encuentra a unos 4.000 metros de altura (Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, 2020; Ortega, 2020). El desierto de Atacama acoge una importante diversidad de flora y fauna a lo largo de su extenso y fértil territorio. Refiero a este hermoso lugar geográfico, para abordar dos situaciones que me parecen importantes de reflexionar en este capítulo.

Por un lado, pienso en la inmensidad territorial del desierto más árido del mundo, y que, a pesar de lo adverso producto de la condición climática que le rodea, permite gracias a las precipitaciones inusuales que caen por las noches dar y reproducir vida. Vida que logra resistir tal cual lo hace una flor en medio del desierto, vida que nos enseña lo fácil y a la vez lo difícil que es (sobre)vivir en este mundo rodeado de complejidades y desafíos. Pienso en todo ello, al imaginar que las mujeres somos –literalmente– la mitad de la población humana en el mundo: somos el 49,5% (División de Población de las Naciones Unidas, 2009). Cifra que ha logrado resistir a pesar de las diversas expresiones de violencia hacia nuestros cuerpos

y subjetividades: guerras, inquisición, invasiones, feminicidios, son algunas de ellas, más no las únicas. No obstante, seguimos siendo el desierto florido más grande de la historia que da vida a pesar de lo adverso del panorama.

Por otro lado, pienso en lo que implica dar vida humana en un contexto desértico. La lejanía de los servicios básicos, la dificultad en la movilización, la complejidad del clima. Sin embargo, se puede. Mi trabajo de campo¹ se inicia en el desierto de Atacama entrevistando a la primera mujer que parió a una chiuchiana² en casa después de 50 años sin haber nacido niños y niñas en el pueblo. Esta situación trajo alegría y dicha a toda la comunidad. Su relato es alucinante, me impresiona su sabiduría y entereza. Ella y su hija forman parte y motivo de la belleza y diversidad de ese gran desierto florido que las rodea y habita.

En ese sentido, la filosofía como espejismo del desierto florido, refleja un espacio árido y a la vez fértil para pensar y reflexionar sobre un sin fin de fenómenos y acontecimientos existenciales en la vida de los seres humanos. Esta naturaleza contradictoria sitúa a este apartado en la histórica paradoja de la tradición occidental filosófica de problematizar el concepto de muerte, inmortalidad y todas las cuestiones que rodean a estos principios, develando una despreocupación trascendental por involucrarse en los inicios de la vida.

Como señala la arqueóloga María Encarna Sanahuja Yll (2007) “el nacimiento, tan poco tratado por los filósofos occidentales, obsesionados básicamente por la muerte, debió ser motivo de tareas de cuidados y atenciones...” (p.60). El nacimiento humano, como evento fisiológico y sociocultural, ha sido precariamente analizado por la filosofía tradicional occidental, no obstante, y en ese sentido, los esfuerzos se han dispuesto principalmente en comprender las dimensiones existenciales que rodean al ser humano, sobre todo, en su condición de mortal (Stone, 2019).

2.1.1 Transitando entre esencia y naturaleza: abordajes desde dimensiones filosóficas

Durante los siglos VI a.C y II d.C –época que concentró la llamada filosofía antigua– prevaleció la importancia de conocer los principios fundantes de las cosas. De este modo, los

¹ Ver apartado “Metodología”

² Gentilicio de las personas que habitan el pueblo de San Francisco de Chiu-Chiu en Chile.

filósofos presocráticos serían los primeros en estudiar los principios de la naturaleza física, preguntándose principalmente, no el *qué* de las cosas, sino *de qué* estaban hechas (Cruz Cruz, 2017; Reale y Antiseri, 2010a).

Sus aportes permitieron reflexionar sobre la *physis* entendiéndola como “el principio de orden que unifica propiedades surgidas del interior de un ser; sobrevive al devenir como elemento permanente que asegura la unidad de este” (Cruz Cruz, 2017, p. 17). Esta comprensión de la *physis* permitió a los presocráticos identificarla como la auténtica realidad de las cosas, principio único e indestructible. Noción que aportó en la posterior concepción filosófica de *naturaleza* en los sofistas. Estos últimos, profundizaron en la comprensión de la *physis* incorporando la categoría humana en sus reflexiones, situación reflejada en la célebre frase del sofista Protágoras *el ser humano es la medida de todas las cosas* (Samaranch-Kirner, 1995).

La visión filosófica antropocentrada de la época tuvo su mayor apogeo con Sócrates, el cual puso en el centro de la atención filosófica al *hombre*³. Para ello, se basó en el orden lógico que implica la *physis* en el ser humano. Así, para éste, la naturaleza viene dada como principio lógico, inmutable y esencial de las cosas, por tanto, la virtud sólo puede ser alcanzada siguiendo esa naturaleza (Cruz Cruz, 2017).

Por su parte, Platón, discípulo de Sócrates, profundizó en sus postulados proponiendo la existencia de dos mundos. A uno de ellos le llamó mundo inteligible, espacio en el cual habitan las ideas. Estas poseen la cualidad de ser únicas e inmutables. Para llegar a las ideas, Platón refiere la necesidad de la razón, ya que en el mundo inteligible las cosas se muestran tal y realmente como son. Paralelo a este escenario, está el mundo sensible, en el cual habitan los sentidos. Estos se caracterizan por ser múltiples y cambiantes, inclusive engañosos, una copia imperfecta de las ideas. En el caso de los seres humanos, Platón ocupa la *abstracción*

³ El filósofo Jacques Derrida y la filósofa postfeminista Rosi Braidotti utilizan el concepto: *falocentrismo*, para enunciar el “persistente hábito que consiste en referirse tanto a la subjetividad como a todos los atributos clave del sujeto pensante en términos de masculinidad o virilidad abstracta” (Braidotti, 2004, p. 89). De este modo –y lamentablemente– la acepción universalista “hombre” utilizada en las distintas disciplinas, implica referirse tanto al género femenino como al masculino.

para explicar que el alma eterna atrapada en el cuerpo material conoce las ideas porque ha estado en su existencia previamente, sin embargo, al momento de nacer olvidamos todo. Para ello, evocamos la *reminiscencia*, la cual a través de la razón y la dialéctica nos permite recordar las ideas. En definitiva, el conocimiento según Platón estaría en nuestro interior a pesar de que no lo recordemos (Cruz Cruz, 2017; de Azcárate, 1872; Reale y Antiseri, 2010a).

A diferencia de la existencia ontológica de los mundos platónicos, su discípulo Aristóteles, postuló la presencia de un solo mundo en el cual su esencia, se encontraba en las mismas cosas que lo habitaban, de este modo, cada ser humano tendría una esencia en particular. Asimismo, creía en la existencia de un cuerpo y de un alma, no obstante, no le atribuía el carácter eterno a esta, sino más bien, la entendía como “principio de vida”, por tanto, si el cuerpo material dejaba de existir, el alma también lo hacía junto a este (Rodríguez-Donís, 2011).

En ese sentido, Aristóteles señala que el alma no tiene conocimientos en su interior. Así, cada vez que aprendemos e internalizamos un conocimiento, lo hacemos como páginas en blanco a través de los sentidos (lo que llamó *tabula rasa*). Para eso, en primera instancia, utilizamos la observación y, en segunda instancia, filtramos lo observado para dar entendimiento e identificación a la esencia de las cosas (Cruz Cruz, 2017; Reale y Antiseri, 2010a).

La esencia para Aristóteles depende de la experiencia, en la medida que se van aprendiendo las cosas se puede conocer la esencia de éstas, a esto el filósofo le llamó *sustancia primera*. No obstante, las cosas también tienen otras particularidades, como los rasgos y las apariencias, lo que implicaría la no esencia, a esto le llamó *accidente*. En definitiva, para Aristóteles, la finalidad de cada cosa va dada por una determinada esencia. Por tanto, cada individuo posee una esencia y un fin en la vida (Cruz Cruz, 2017; Rodríguez-Donís, 2011).

En una de sus obras más conocidas: “Política” (Aristóteles, 1988 [344]), desarrolló la idea de democracia, libertad y naturaleza, entre otras dimensiones. En ella, propuso tres formas de vida que los hombres –ni esclavos ni bárbaros– podían elegir con libertad. Estas formas tenían en común su interés por lo *bello*, es decir “por las cosas no necesarias ni meramente útiles: la vida del disfrute de los placeres corporales en la que se consume lo hermoso; la vida

dedicada a los asuntos de la *polis*” (Arendt, 2009 [1958], p.26). De acuerdo a esto ¿cuáles eran las cosas no necesarias ni meramente útiles para Aristóteles?

Cabe destacar que, para el filósofo, el ser humano es un animal político, ello quiere decir que somos seres sociales por naturaleza. No obstante, en palabras de la filósofa Hannah Arendt:

Todo el que estaba fuera de la *polis* -esclavos y bárbaros- eran *aneu logou*⁴, desprovisto, claro está, no de la facultad de discurso, sino de una forma de vida en la que el discurso y sólo éste tenía sentido y donde la preocupación primera de los ciudadanos era hablar entre ellos. (Arendt, 2009 [1958], p. 41).

Considerando que esclavos y bárbaros no pertenecían a la polis, retomo la interrogante: ¿cuáles eran las cosas no necesarias ni meramente útiles para Aristóteles? Por un lado, lo era la labor “actividad correspondiente al proceso biológico del cuerpo humano” (Arendt, 2009 [1958], p.21), y por otro, el trabajo, entendido como “la actividad que corresponde a lo natural de la exigencia del hombre” (p.21). De este modo, “ni la labor ni el trabajo se consideraba que poseyera suficiente dignidad para construir un bios, una autónoma y auténticamente humana forma de vida; puesto que servían y producían lo necesario y útil, no podían ser libres” (p.26).

De acuerdo a esto, no sólo los esclavos y bárbaros estaban fuera de la *polis*, sino también, las mujeres. En estricto rigor, la mujer no sólo no participaba de la *polis* ni de la sociedad –por su *labor* y *trabajo*– sino, además, pertenecía a la condición de no humano “un hombre que sólo viviera su vida privada, a quien, al igual que al esclavo no se le permitiera entrar en la esfera pública, no era plenamente humano” (Arendt, 2009 [1958], p. 49). Por ende, ninguna actividad que perpetuara la vida era parte de la política y de lo humano.

Exponer y analizar esta cuestión es fundamental considerando que la interpretación occidental de la dimensión *esencial* de la vida produce constantemente la relativización de ésta en tanto categoría excluyente de la población humana, en cuerpos que importan y otros que no (Butler, 2002). Como señala Arendt, la vida esclava, bárbara y femenina, queda

⁴ Frase en griego que significa “seres sin palabra”.

relegada a espacios de alteridad en el orden social, silenciando vidas, experiencias y subjetividades de la historia establecida como oficial (Arendt, 2009 [1958]).

¿Qué había en la mujer que la posicionaba en ese orden social? Para Aristóteles, la mujer y los esclavos por *naturaleza* son entes que poseen carencia de deliberar y de autoridad, por tanto, no pueden ser libres y requieren ser mandados. En oposición a ello, existen seres que por *naturaleza* son jefes y señores en la *polis*, quienes son miembros abiertos de la sociedad con amplia capacidad de deliberar. Como señala la filósofa Ángeles Jiménez-Perona (1995):

En el Mundo Antiguo tanto esclavos como mujeres constituyen la esfera de lo ontológicamente desemejante, en la medida en que tanto unos como otras poseen un alma deficiente con respecto al modelo humano por excelencia representado por el varón griego y libre. (p.138).

Sucedan a Aristóteles diversos pensadores –de la llamada filosofía medieval– que sustentan la omisión de la mujer en el orden social por su carácter *esencial* asociado a una *naturaleza* de inferioridad. En este caso, para los filósofos post aristotélicos, existieron dos principales instancias que colaboraron en el desarrollo de esta concepción, por un lado, la significación de *naturaleza* y *nómos* (leyes) unificadas, en tanto la *naturaleza* sería una ley universal y la realidad inmutable y última de las cosas. Y por otro, la comprensión teológica de los fenómenos filosóficos con el surgimiento del cristianismo y la dicotomía fe/razón (Cruz Cruz, 2017)

De acuerdo a esto último, un sector de la filosofía medieval sustentó sus principios en Platón (neoplatonicismo), en tanto se basó en la existencia de un alma eterna. El principio filosófico de esta época fue entender la existencia de Dios y su relación con el ser humano, por ello, sus principales referentes fueron sacerdotes y clérigos (Reale y Antiseri, 2010b). De este modo, la relegación de la mujer a la vida privada se agudizó no tan solo por sus asuntos “esencialistas” los cuales no involucraban al resto de los seres humanos libres, sino, además, por la interpretación religiosa del Dios omnipotente el cual se oponía a cualquier persona, animal o situación que implicara una herejía en la vida medieval.

Es así como en este periodo, la patrística (s. II - VI d.C) llamada así por “los padres de la iglesia”, y la escolástica (s.VI - XV d.C) filosofía teológica aplicada a los fundamentos aristotélicos. Se transformaron en doctrinas endogámicas de enseñanza, cultivadas en las escuelas y universidades, con el fin de comprender la revelación divina, a través de la razón humana, uniendo el pensamiento filosófico con el teológico. De este último periodo el principal referente fue Santo Tomás de Aquino, quien señaló que la *esencia* no es lo mismo que la *existencia*, del mismo modo que el movimiento es una sucesión de cambios iniciados por un motor primario (Reale y Antiseri, 2010b), lo que llevó a Santo Tomás a expresar estos principios en su obra “Suma de Teología” (2006 [1265-1274]) con la existencia de un Dios supremo, en tanto motor inicial de las cosas.

Mientras transitaba la corriente teológica de la filosofía medieval, acontecía un importante suceso en la historia que culminó con millones de muertes a raíz de creencias opuestas y herejes a la religión católica. La Inquisición –como institución y práctica– tuvo lugar cronológica y geográficamente en distintas partes del mundo, aunque sus inicios se ubicaron en el escenario europeo. Los fundamentos filosóficos/religiosos, sociales y políticos que sustentaron los juicios públicos y masivas ejecuciones, se concretaron en la universalización del conocimiento y saber religioso en tanto monopolio europeo-occidental de la comprensión teológica de la vida, a partir de la expansión territorial europea a fines de la edad media (Federici, 2017).

De esta manera, no sólo la vida de los herejes hombres oponentes al sistema religioso dominante vio culminada forzosamente su existencia, sino también, la vida de millones de mujeres que fueron brutalmente embestidas, enjuiciadas, ejecutadas y quemadas vivas por mantener conocimientos fuera de lo establecido. Tal como lo describe la filósofa Silvia Federici (2017) “la mujer se convirtió de forma cada vez más clara en la figura de lo hereje, de tal manera que, hacia comienzos del siglo XV, la bruja se transformó en el principal objetivo en la persecución de herejes” (p. 71).

Por lo tanto, la transición de la filosofía medieval a la filosofía moderna estuvo marcada por importantes hitos que revelaron no sólo un cambio paradigmático en el centro de la atención filosófica, sino también, en el orden cultural, social, artístico, político y económico de la

época. El surgimiento de la reforma e iglesias protestantes en respuesta al conservadurismo y monopolio de la institución católica, y el gran impacto epidemiológico y demográfico que dejó la peste negra en todo el continente europeo (Cruz Cruz, 2017; Federici, 2017), entre otros eventos; llevó a los filósofos de la edad media a cuestionar la existencia de Dios retomando la figura antropocéntrica como eje central de la humanidad, es así como a través del humanismo (s. XV-XVI) surgieron nuevos paradigmas que dieron explicación a diversos fenómenos desde corrientes intelectuales como el racionalismo, el empirismo y el idealismo (Amorós, 2000; Tommasi, 2002).

Dentro de los exponentes más reconocidos de este periodo filosófico, se encuentran figuras como: René Descartes, David Hume e Immanuel Kant. En sus escritos, se puede observar la *naturaleza* reducida y superficial en torno a la mujer. Descartes lo señala en la Carta al padre Vatier (1638) cuando explica en ésta la existencia de Dios indicando que “estos pensamientos no me han parecido apropiados para incluirlos en un libro [Discurso del método], en el que he querido que incluso las mujeres pudieran entender alguna cosa” (Carta de Descartes al padre Vatier de 22 de febrero de 1638, *ATI*, 560).

Por su parte, David Hume (2001 [1738]) refiere en el Libro segundo, Parte primera, De las ventajas y desventajas externas, que:

El caso es el mismo en la transmisión de honores y fortuna a través de una sucesión de varones sin pasar a través de una hembra. Es una propiedad de la naturaleza humana, propiedad que debemos considerar después que la imaginación naturalmente se dirige a lo que es importante y considerable (...). Como en la sociedad del matrimonio, el sexo masculino tiene ventajas sobre el femenino; el marido es el primero que atrae nuestra atención, y ya lo consideremos directamente o lleguemos a él a través de objetos relacionados, el pensamiento se detiene en él con mayor satisfacción. (p. 230).

Del mismo modo, Immanuel Kant atribuye en su teoría moral una *naturaleza* asociada a la superposición de la razón *en tanto hombre*, por sobre las emociones *en tanto mujer*. Cuestión que cobra gran significancia al momento de representar las posesiones masculinas en el derecho privado. Kant (2008 [1785]) señala:

Yo puedo llamar míos a una mujer, un niño, un siervo y, en general, cualquier otra persona, no porque yo los gobierne ahora como pertenecientes a mi casa, o los tenga bajo mi control, en mi potestad y posesión, sino, aunque se hayan sustraído a mi coerción y, por tanto, no los posea (empíricamente), si puedo decir, sin embargo, que los poseo por mi simple voluntad mientras existan en cualquier sitio y en cualquier momento, por tanto, de modo meramente jurídico; de ahí que pertenezcan a mi haber sólo si y en la medida en que puedo afirmar lo último. (p. 59).

Aún con mayor énfasis, la *naturaleza* de inferioridad que posee la mujer para Kant implica las complejidades de ser visualizadas como ciudadanas activas dentro de una comunidad con derecho a voto, sobre esto indica que:

Todas las mujeres y, en general, cualquiera que no pueda conservar su existencia (su sustento y protección) por su propia actividad, sino que se ve forzado a ponerse a las órdenes de otros (salvo a las del Estado), carece de personalidad civil y su existencia es, por así decirlo, sólo de inherencia. (Kant, 2008 [1785], p.144).

En consecuencia, las aproximaciones filosóficas en torno a las dimensiones de *naturaleza* y *esencia* que aquí se presentan, reflejan un interesante y complejo camino en la traducción antropocéntrica que reniega a las mujeres en la construcción histórica de la filosofía occidental. Situación que descansa en la trascendencia del tiempo sin mayor reparo a las injurias que en honor a este se han cometido. La filósofa Amelia Valcárcel (2014) lo describe lúcidamente cuando señala que:

Los grandes misóginos eran materia obligada de estudio, estabas leyendo ‘Las consideraciones intempestivas’ de Nietzsche y, ¡qué bien!, ¡que genialidad!, ¡que rapidez! y de repente: cualquier barbaridad. Lo más que te podías encontrar era alguien que amablemente dijera: ‘es la época’. La época, es la santa disculpa que sirven todas las épocas para lo mismo. Todas las épocas se disculpan con la época, tiene su gracia, porque la época viene siendo reduplicada por las disculpas, siempre es la época la que sirve para disculpar a la época pasada (...). La época siempre gana. (Conferencia Sexo y filosofía, sobre la mujer y poder, 2014).

En este breve recorrido he querido reflejar los fundamentos y tensiones de la filosofía tradicional occidental en relación con la construcción social del sujeto mujer. Esta incipiente

aproximación nos permite esbozar algunas directrices para comprender los históricos argumentos en los cuales la filosofía y sus principales corrientes y exponentes, han sustentado sus paradigmas posicionando a las mujeres en categorías de segunda clase, como sujetas sin episteme y sin razón, en consecuencia, como seres sin condición de habitar y existir en el mundo.

2.1.2 Existencialismo y esencialismo: miradas desde la condición humana-mujer

El tránsito de la filosofía moderna a la contemporánea (s. XIX-XXI), estuvo marcada por el surgimiento de importantes teorías filosóficas que cuestionaron la existencia y comprensión de la vida dejando atrás las teleologías metafísicas de la época moderna para dar paso a importantes corrientes vanguardistas como lo fue el marxismo, el positivismo, el vitalismo y el existencialismo, por mencionar algunas (Cruz Cruz, 2017; Fuentes-Pedroso, 2012).

Este tránsito, implicó cimentar paradigmas ontológicos, no sólo al interior de la propia filosofía, sino también, en la raíz epistemológica de las comprensiones sociales, biológicas y humanas que explicarían el sistema y funcionamiento del ser humano. Importantes premisas en torno al conocimiento y a la razón, se vieron forjadas en este proceso. El paradigma positivista fue uno de ellos, sus reflexiones se basaron en el cuestionamiento científico de la vida. Así, la ciencia, como escenario fundamental para explicar el motivo de las cosas, fue considerada la verdadera y objetiva fuente de conocimiento (Fernández, 2008).

En ese sentido, el conocimiento se construye a partir de la matriz metodológica del método científico, el cual atiende a los datos concretos comprobados por la razón y los sentidos, por ende, rechaza cualquier otro tipo de construcción epistemológica que implique algún nivel de abstracción. Uno de los filósofos positivistas más conocidos fue Augusto Comte, el autor desarrolló la teoría de los “tres estados” para explicar el desarrollo y la transformación de la humanidad. En su teoría, menciona que *el hombre* permaneció en un estado teológico sumiso e ignorante en donde existía un Dios todo poderoso y absoluto, para posteriormente, pasar a un estado metafísico. En este, *el hombre* se dedicó a resolver principalmente sus dilemas espirituales, atendiendo a una comprensión integral de la vida. Desde este último estado, el ser humano avanzó a uno científico. En este lugar, *el hombre* tuvo mayor madurez física,

intelectual y moral, lo que le permitió conocer los fenómenos que le rodeaban para dominar la naturaleza a su beneficio (Comte, 1999 [1844]).

En oposición a esta comprensión positivista, el existencialismo desarrolló sus premisas a partir de la existencia humana. Entendiendo que *el hombre* está en crisis, solitario y desamparado en el mundo, pretende dar respuestas a esas complejidades a través de la razón y los sentidos. En este paradigma, *el hombre* es consciente de que su existencia es posible en tanto es concebido como ser social, por ello, se opone a la reducción positivista de la razón como único fundamento de la filosofía y por ende, niega el absolutismo que esconde el conocimiento científico en la subjetividad de los individuos (Sartre, 2007 [1946]).

Esta situación llevó a filósofos como Jean-Paul Sartre, a afirmar que la existencia del *hombre* precede a la *esencia*. Sartre considera que el ser humano nace sin conceptualizaciones previas, que no existe un destino escrito y único, sino más bien, este se construye a partir de sus propias acciones. Parafraseando al filósofo: el ser humano está condenado a ser libre (Sartre, 2007 [1946]), esa libertad es inherente a la condición humana, sin embargo, está confinada a la responsabilidad que implica tomar decisiones, inclusive si estas son producto de omisiones (Gilson, 1965).

Se puede decir que la *esencia* para los existencialistas es un conjunto de acciones reconocidas por el entorno y que, además, son capaces de denominarlas, identificarlas y enunciarlas. De este modo, la *esencia* se entiende como heterogénea, plural y dinámica. El ser humano, al ser un individuo en constante construcción de su realidad, adhiere inherentemente a que dicho proceso también estará asociado a la construcción de su *esencia*. Así, una persona puede perfectamente transformarse en alguien distinto al que era antes, y junto a esa transformación, también lo hará su *esencia* (Banda-Marroquín, 2018; Gilson, 1965; Sartre, 2007 [1946]; Zubiri, 1985).

Atendiendo a lo expuesto, los discursos que proclaman una “esencia femenina” han permeado todos los escenarios posibles de construcción de identidades a lo largo de la historia occidental sobre el sujeto mujer. Como expuse, la filosofía tradicional occidental, así también, la ciencia y la religión, no sólo invisibilizaron su participación en la vida pública y cotidiana, además, sentaron las bases para afirmar una inferioridad de ésta respecto al

hombre, además de circunscribir sus funciones en tanto dueñas de casa, fuentes de reproducción de vida, y en los casos más extremos, esclavas, herejes y/o brujas como mandato dominante social y cultural.

En su respuesta, las corrientes vanguardistas de la época no sólo se encargaron de increpar las condiciones de precarización políticas y socioeconómicas que acontecían, sino, además, sirvieron como herramientas epistemológicas para cuestionar la condición humana de las mujeres en el orden social establecido. Así, desde la vereda feminista, uno de los dilemas que se vislumbran tiene relación con lo que señala la filósofa Amelia Valcárcel (1994) cuando expone que “no se trata de saber qué es lo esencialmente femenino sino por qué se supone que tal esencialidad existe y qué imagen del mundo se sigue de aceptarlo” (p.31).

La categoría *natural* del sujeto mujer fue utilizada por filósofos como Immanuel Kant y Jean-Jacques Rousseau para justificar la delgada línea que separa la condición humana y animal que esta posee. Ejemplo de ello, es lo que señala Rousseau en su libro V del “Emilio, o De la Educación” (1980 [1762]):

Por la misma ley de la naturaleza, las mujeres tanto en lo que a ellas se refiere como en lo que se refiere a sus hijos, están a merced del juicio de los hombres: no basta con que sean estimables, es necesario que sean estimadas; no les es suficientes con ser bellas, es necesario que agraden; no les basta con ser prudentes, es preciso que sean reconocidas como tales; su honor no está solamente en su conducta, sino en su reputación, y no es posible que la que consiente en pasar por infame pueda ser reconocida jamás como honesta. (pp.407-408).

En la misma línea, la filósofa Ángeles Jiménez-Perona (1995) refiriendo a Immanuel Kant advierte:

Para Kant, las mujeres forman parte del género humano con todas sus facultades. En esto hay igualdad ontológica natural. Sin embargo, esa igualdad queda disminuida cuando se atiende a la función que cada sexo cumple y debe cumplir, según Kant, teniendo en cuenta la teleología natural que afecta fundamentalmente a la ética y a la política. (pp. 138-142)

A partir de lo señalado, argumentar la existencia de una *naturaleza* femenina ha perpetuado las desigualdades entre ambos sexos en un escenario que pretende la igualdad de estos. A raíz del pensamiento *naturalista* que define a la mujer en su integridad, se han divulgado concepciones que rozan lo irracional, bárbaro, animal, entre otras características que subyacen al sujeto mujer y que la han posicionado históricamente en un lugar subalterno del orden social.

Este contexto fue el escenario movilizador para los posteriores movimientos feministas de la igualdad en la lucha por los derechos sociales, políticos, sexuales y reproductivos de las mujeres. Este escenario cimentaría una de las primeras banderas de lucha por la igualdad de los sexos de cara a posicionar a las mujeres en el debate y orden público. Como diría la escritora feminista Betty Friedan (2016 [1963]), había que enunciar y denunciar el “problema que no tiene nombre”, esto implicaría dar cara y voz a que los problemas, malestares y frustraciones que las mujeres en ese entonces –y hasta ahora– reclamaban, no eran producto de insatisfacciones individuales, inquietudes personales o falta de educación, sino más bien, radicaban en las causas estructurales que las generaban y mantenían en esas condiciones.

Ahora bien, a pesar de las persistentes denuncias realizadas por esta vereda del movimiento, la tesis propuesta por los movimientos feministas de la diferencia no se quedaría atrás. En ese sentido, recuperar lo ontológicamente *esencial* de las mujeres basándose en el derecho natural de cada ser humano, posibilita la lucha por la igualdad sexo-genérica en escenarios catalogados históricamente como masculinos como los espacios políticos y sociales (Irigaray, 1981). De este modo, los aportes al debate desde los movimientos feministas de la diferencia implican resignificar y utilizar el esencialismo como una categoría estratégica para sus propios beneficios. Parafraseando a la filósofa Gayatri Spivak (1987), existe un esencialismo estratégico que implica adoptar una identidad esencialista como un mero recurso político en la defensa de los derechos.

Así, la noción de diferencia para algunos sectores de los movimientos feministas radica en la clave para la transformación *de* y *entre* los vínculos humanos. A esto la catedrática experta en innovación, género y liderazgo Rosabeth Moss Kanter (1977 citada en Osborne, 2002) añade que:

Los rasgos ontológicos se diluirían cuando nos encontramos frente a situaciones estructurales. No son determinadas características ‘inherentes’ a las mujeres las que las orientan hacia el trabajo secretarial ni las que hacen que en el mismo se comporten de una manera ‘femenina’. La situación sería más bien a la inversa. A causa de estos trabajos, tal y como hoy son entendidos, requieren ciertas maneras de actuar. (pp.56-57).

En ese sentido y atendiendo a lo expuesto por Kanter, ¿cuál(es) sería(n) la(s) ontología(s) que define(n) al sujeto mujer? La filósofa Alicia Puleo (1995) señala que no existe tal identificación natural y ontológica de las mujeres. No existen *esencias* –masculinas y femeninas– perpetuadas en el tiempo que sustenten la división sexual del trabajo. Por tanto, la estructura patriarcal que posiciona a las mujeres en esos espacios, lo hace no por una *esencia* que las caracterice, sino más bien, por el beneficio que ello le confiere. Puleo (1995) enfatiza en esto, señalando que el sistema patriarcal “no es una esencia, es una organización social o conjunto de prácticas que crean el ámbito material y cultural que les es propio y que favorece su continuidad” (p.27).

Esta estructuración en la orgánica social explica la negación de pensar fenómenos filosóficos que involucren al sujeto mujer en primera persona. Una de las negaciones se asocia a reflexionar filosóficamente sobre el nacimiento y sus abordajes en tanto práctica omitida por siglos desde los espacios masculinos, no obstante, la emergencia y tribuna obtenida por filósofas feministas al interior de la disciplina, ha permitido no solo reflexionar sobre estas cuestiones, sino además, problematizar la posición ontológica de las mujeres y sus procesos de vida, de cara a reconocer como eslabón filosófico vital de los seres humanos: que somos seres políticos y nacidos.

2.1.3 Mayéutica de la filosofía del nacimiento

La filosofía del nacimiento es un ámbito incipiente al interior de las comprensiones y tensiones filosóficas en el mundo occidental. Su emergencia fue característica y fundamental para elaborar este apartado, ya que permitió establecer algunas interrogantes que colaboraron en su desarrollo. De este modo, sugiero que la filosofía del nacimiento se involucró en la reflexión ontológica del sujeto mujer en la posibilidad que aceptó y problematizó categorías

que la intersectan en su existencia. En ese tránsito, me pregunto si: ¿podemos negar que somos seres nacidos?, si es así ¿negamos la matriz que nos gesta y concibe?, y esto será porque el acto de gestar y parir ¿sólo es llevado a cabo por mujeres, en cambio la muerte involucra tanto a hombres como a mujeres?

Las interrogantes expuestas inician con develar que el nacimiento y la muerte estructuran la existencia humana (Stone, 2019) al mismo tiempo que demuestran que el concepto de nacimiento ha sido una instancia descuidada por la filosofía tradicional occidental. Los intereses, como he señalado, se han dispuesto principalmente en el nacimiento del conocimiento, es decir en la mayéutica, más que en otra acepción.

Cabe destacar que la mayéutica es un concepto fundamental en la elaboración de este capítulo producto de la comprensión metafórica que le envuelve y que permite atender a dos nociones, por un lado, a la raíz de su significado, en tanto es entendida como el arte de atender el nacimiento, particularmente definido por Sócrates a través de la escritura de Platón:

Mi arte de la partería es en general como suyo [su madre era partera]; la única diferencia es que mis pacientes son hombres, no mujeres, y mi preocupación no es con el cuerpo sino con el alma que está en parto. (Platón, 2014 [369-362 a.C.], p. 150b).

Y, por otro lado, atiende a la noción metafórica que implica la emergencia de una nueva filosofía que se preocupe del nacimiento humano desde un paradigma ontológico y epistemológico, tal como lo comprenden las filósofas Stella Villarmeá, Sarah LeChance Adams, Sarah Cohen, Carol Lundquist, entre otras.

No obstante, desde la filosofía reciente, una de las pioneras en abordar la concepción de natalidad fue la filósofa Hannah Arendt. La autora desarrolló el concepto en el discurso filosófico a través de sus reflexiones sobre la acción humana. Para Arendt, la natalidad tiene relación en un contexto político, ya que comprende que la nueva vida supone la vida continua de una comunidad en la que nace, se interactúa y aprende el lenguaje, la historia y los valores, además de exponer tanto las condiciones de la vida humana que son dadas y de la cual

depende, así como la capacidad de actuar y dar forma a la relación con el mundo (Schott, 2010).

De este modo, atender que somos seres nacidos implica atender la imbricación entre nacimiento, vida biológica y el poder político que esto genera. El interés de Arendt por la natalidad desde este escenario implicó, entre otras cosas, percatarse de la excesiva tribuna que la filosofía tradicional le otorgó a la mortalidad e inmortalidad. En ese sentido, la autora describe:

La preocupación griega por la inmortalidad surgió de su experiencia de una naturaleza y unos dioses inmortales que rodeaban las vidas individuales de los hombres mortales. Metidos en un cosmos en que todo era inmortal, la mortalidad pasaba a ser la marca de contraste con la existencia humana. (Arendt, 2009 [1958], p.31).

No obstante, Arendt señala que “la caída del Imperio Romano demostró visiblemente que ninguna obra salida de manos mortales puede ser inmortal” (Arendt, 2009 [1958], p.33). Situación compleja si pensamos que el nacimiento trae al mundo hombres mortales los cuales deben morir en algún momento. De este modo, lo que hace Arendt y las posteriores filósofas⁵ encargadas de desarrollar las epistemologías del nacimiento desde este paradigma, es articular la condición genérica del sujeto mujer, en tanto posible matriz gestadora de seres mortales en una sociedad que castiga la mortalidad de estos.

Filósofas como Grace Jantzen (2004), dan un vuelco a esta comprensión y aborda el nacimiento como fuente de creatividad en lugar de violencia, de esperanza en lugar de desesperación. La autora desarrolla el concepto de natalidad de acuerdo con las siguientes características:

La natalidad implica el nacimiento de un individuo encarnado. Como tal, la comprensión de natalidad socava el dualismo mente-cuerpo, la valoración concomitante de la mente o del alma, y la devaluación del cuerpo que subraya la

⁵ Entre éstas se encuentran: Stella Villarme, Sarah LeChance Adams, Sarah Cohen, Carol Lundquist, Luce Irigaray, Julia Kristeva, entre otras.

filosofía y la religión occidental. Asimismo, la natalidad refleja la primacía del género en la existencia humana. En referencia a una nueva vida (al nacer, o ya durante el escaneo temprano de un feto), uno pregunta: ¿Es una niña o un niño? Y es inquietante si la respuesta es "ninguno" o "ambos". Por otro lado, la natalidad devela el papel de las relaciones particulares en la existencia humana. Nacer significa depender de una red de relaciones, sin las cuales uno no puede prosperar ni sobrevivir. Y finalmente, la natalidad es necesaria para que exista la esperanza. Cada nueva vida trae nuevas posibilidades para la existencia humana. (pp. 36-38).

La interdependencia e inherente relación que reflejan las características del nacimiento en Jantzen, nos orienta a que la gestación es uno de los pocos escenarios en los cuales somos en relación *con/en* otro/a. En este caso, somos en relación con una corporalidad-subjetividad materna que gesta, concibe y pare (Ettinger, 2006).

Por su parte, las filósofas Sara LaChance Adams y Caroline Lundquist (2012), precisan en la interdependencia que genera este proceso desde una lectura filosófica. Las autoras señalan que uno puede estar y ser parte en el origen de otra vida humana, ya que son experiencias en las cuales las mujeres han estado mucho más involucradas que los hombres, sin embargo, dado el poco espacio que se le ha otorgado desde la filosofía, han sido experiencias poco plasmadas y rara vez difundidas en este escenario. Además, añaden que la relación interdependiente entre madre e hijo/a suele carecer de interés e importancia para la filosofía tradicional al considerarse los procesos de maternidad, gestación y parto como obstáculos para la participación de las mujeres tanto en la vida pública como económica. Sobre eso detallan:

Los filósofos que buscan explorar experiencias de género como el embarazo, el parto y la maternidad, a menudo se han basado en experiencias personales, autobiográficas, históricas y/o ejemplos literarios. Por esta razón la investigación ha sido interpretada por los filósofos convencionales, como demasiado “subjetiva” o personal, en lugar de filosófica. (pp.6-7).

Otra arista del debate que mantiene alerta a los movimientos feministas se relaciona con la concepción esencialista de las experiencias y representaciones de las mujeres a partir de sus ciclos vitales, sexuales, reproductivos y afectivos. Sobre esto, la vereda feminista de la

diferencia precisa en una compleja visión acerca de la identidad, la *naturaleza* y la diferencia entre la mujer, la madre y el hijo/a. Sara LaChance Adams y Caroline Lundquist (2012) enfatizan en ello parafraseando a la filósofa feminista de la diferencia Luce Irigaray mencionando que:

Al contrario de la idea común que la madre y el feto están fusionados, la placenta es un mediador vital que conserva la diferenciación dentro de la relación. Allí, no es fusión ni conflicto, sino una negociación entre madre y feto. La placenta regula los intercambios entre los dos, asegurando que el feto no se trata como a un extranjero. Irigaray se refiere a esto, como una economía de la placenta. (p.16).

Por su parte, la filósofa Cynthia D. Coe (2012) señala que la maternidad se construye como –y en– un espacio de fragilidad permanente. Un estado de peligro y dificultades en el cual constantemente se le está transmitiendo a la mujer que no es suficientemente “buena”, “adecuada”, “sana”, “capaz” para mantener su gestación y garantizar la viabilidad de ella y de su cría. Esta situación de fragilidad es transmitida por todo el aparataje biomédico de vigilancia y control en el cual las mujeres –madres– están obligadas a experimentar a través de sus propios cuerpos. Esta construcción, en palabras de Coe (2012) “refuerza la idea platónica de que la maternidad, lejos de ser una vida de poder, crea seres meramente mortales, y por ello, están conectados a la imperfección y a la muerte en formas que la reproducción intelectual no lo está” (p.31).

Desde este punto de vista, es un devenir constante el negar que somos seres nacidos, que fuimos engendrados, gestados y paridos. Se niega, de este modo, nuestro nacimiento y a quien nos concibe; se niega que somos seres nacidos en tanto se niega a la matriz gestadora. Por ello, cuando hablo de la mayéutica de la filosofía del nacimiento, no sólo me refiero a un enfoque epistemológico que contempla una etapa del ciclo vital de un grupo de la población desde una lectura filosófica. Sino más bien, y mayormente, me refiero a que la filosofía, al ignorar a la matriz gestadora, sus experiencias, sus subjetividades, corporeidades y narrativas, niega como consecuencia, la existencia y sobrevivencia de las mujeres en el mundo.

A este dilema intelectual y político, autoras feministas como Casilda Rodríguez (2006) le han llamado *matricidio*. La escritora Victoria Sau (1994), por su parte, le llamó *matrofagia*. De similar manera, ambas develan la negación de la madre, entendiendo este devenir no sólo desde su acepción tradicional, sino también, desde la capacidad creadora, gestadora y paridora de ideas, construcciones y sociedad. En definitiva, es el epistemicidio y exterminio cultural de la existencia y resistencia de las mujeres como dadoras de vida y praxis política.

Así, el *matricidio* desde Rodríguez (2006), implica la sustracción de la libido, de la sexualidad y del placer de la vida de la mujer, descorporizando de sí, sus emociones y experiencias visualizándola como mero reservorio reproductivo. Señala la autora que “al negárenos el cuerpo materno –y su deseo– se nos niega la conciencia de nuestro propio cuerpo. Es una violencia interiorizada que niega nuestras pulsiones corporales para contemplarnos mediante ese filtro que es la mirada falocéntrica del hombre” (Rodríguez, 2006, p.20). Además, añade:

El matricidio biológicamente es una alternación profunda del ecosistema básico de la vida humana que tiene por objetivo impedir el desarrollo de las criaturas humanas según su deseo de bienestar y de complacencia, y poder socializarlas según la Ley del Padre. (p.21).

Por su parte, profundizando en una cosmovisión teleológica y quebrantando la estructura genérica occidental, la escritora Oyèrónke Oyěwùmí enfatiza desde un punto de vista descolonial, que la matriz creadora no tiene necesariamente que encarnar una figura femenina (Oyěwùmí, 2017). La autora cuestiona no tan sólo el género como categoría analítica en esta intersección, sino, además, añade al debate un enfoque situado y político de la procreación, preguntándose en ese devenir ¿qué género es la maternidad? (Oyěwùmí, 2016).

Desde este lugar, el “dilema” –como lo han abordado algunos sectores del feminismo– no es trasladar la relevancia jerárquica de lo natural por sobre lo cultural, es decir, de lo femenino por sobre lo masculino. Estuvimos muchos años sometidas y condicionadas bajo el binarismo cultura/naturaleza como para perpetuar una tensión similar. El propósito de esto es comprender en primera instancia, una articulación posible entre categorías que inclusive se escapan de la concepción binaria naturaleza/cultura, en tanto existen otras posibilidades

mayormente tensionantes –clase, etnia, capacidad, entre otras– y que omitimos cuando nos centramos únicamente en esta fragmentación.

En segundo lugar, debemos atender a la existencia de otros abordajes que se alejan de las comprensiones genéricas occidentales –y coloniales– que catalogan estos binarismos de manera contrapuesta y jerárquica. Así, la *naturaleza* de la mujer está lejos de ser o involucrar las asignaciones de género con las cuales se ha construido al sujeto mujer a lo largo de la historia colonial.

Irónicamente, desde el existencialismo, Simone de Beauvoir en “El Segundo Sexo” (1949), ya lo adelantaba con su célebre frase “no se nace mujer, se llega a serlo” ¿qué quiere decir con esto?, que somos mujeres en tanto hemos sido categorizadas e identificadas en ese devenir, todos los roles y características que nos definen como tal y que hacen que la identificación de mujer sea *esa* que conocemos, es una mera construcción –previamente ideada– social y cultural. Inclusive, la dicotomía sexo/género, podría decirse que no tiene mayor diferencia en tanto ambas son acepciones que caen en lo social. En palabras de Oyèwùmí (2017) “ya que en las construcciones occidentales los cuerpos físicos siempre son cuerpos sociales, en realidad no hay distinción entre sexo y género” (p.54). E ahí lo irónico, en la articulación que se puede dar entre la concepción existencialista –occidental y colonial– de De Beauvoir y el decolonialismo de Oyèwùmí.

Toda la información que tenemos sobre nuestra existencia ha sido absorbida, manipulada y propagada como una sola visión de mundo, de manera tal que lo que identificamos hoy en día como “mujer” está claramente establecido y delimitado en el orden social. Sabemos que procrear, reproducir y criar son atributos meramente “femeninos” y que, además, hoy en día, implican un tremendo sacrificio llevarlos a cabo, pero ¿siempre fue así? O mejor dicho ¿por qué es así?

Aquí es donde entra el *discurso desafiante* de “algunos” feminismos, con el propósito de romper y develar el “falso esencialismo” que históricamente y por conveniencia ha categorizado y posicionado a las mujeres en *esos* lugares normativizadores del género. La estructura patriarcal en las distintas épocas de la historia ha realizado un profundo y arduo trabajo de esencializar nuestra existencia con el objetivo performativo de

mantenemos en la otredad. No es casualidad que en la medida que avanzan las épocas y las ecologías de saberes y conocimientos (de Sousa Santos, 2012) sean en su mayoría ámbitos liderados, escritos y enunciados por hombres, y que la posición relegada a ciudadana, en el mejor de los casos, de segunda clase, sean las mujeres.

¿A qué me refiero con un “falso esencialismo”? El entramado confuso en el que los movimientos feministas luchan por derribar el esencialismo de la mujer creado por el sistema patriarcal y colonial es la cortina de humo que este sistema ha desarrollado para mantener a los colectivos ennegrecidos en esa lucha performativa. En ese sentido, el género es la construcción occidental del rol cultural y social que define el comportamiento de hombres y mujeres, no obstante, al ser una estructura cultural, inferimos que hay sociedades a las cuales esta construcción nunca llegó.

Los inicios teóricos y académicos de los estudios de género se dieron en los años sesenta al interior, y en algunos casos paralelo, a los estudios feministas, no obstante, su puesta en práctica radica muchísimos años antes. La invasión de los sures globales por parte de los imperios dominantes, además de traer enfermedades, muertes y saqueos, también implicó la categorización de los sujetos que en ese entonces habitaban esos territorios. A pesar de que en un inicio eran catalogados como salvajes, barbarie, animales, en consecuencia: no humanos, no demoraron en categorizarlos como lo hacían ellos en sus nortes geográficos (Oyèwùmí, 2016,2017).

De este modo y como señala Oyèwùmí (2017) “previamente a la colonización de Occidente, el género no era un principio organizativo de la sociedad Yorùbá (...). Las categorías sociales ‘hombre’ y ‘mujer’ eran inexistentes y, por lo tanto, no tuvo lugar ningún sistema de género” (p.84). Más bien, se organizaban por lo que llamaban “senioridad” esto quiere decir, una organización basada en la edad relativa.

En consecuencia, la capacidad de procrear se igualó a cualquier categoría masculina sin importar su relevancia, esto con el principal objetivo de no “esencializar” a la mujer. No obstante, esta trampa hizo que los feminismos no contemplaran la posibilidad de que hay diferencias intrínsecas y fundamentales entre hombres y mujeres (o si se quiere decir:

hembras y machos). De este modo, y como señala Oyěwùmí (2017) “el feminismo sostuvo esta falta de límites entre lo social y lo biológico (...) insistiendo en que todas las diferencias observables eran inventos sociales. Este es el problema” (p.90).

El “problema” es que nos han hecho creer que el nacimiento y todo lo que ha este involucra, es una forma de esencializar y naturalizar a las mujeres. Hoy en día, una mujer que desea gestar y parir de la manera menos interventiva posible, lactar exclusivamente a sus hijos/as y dedicarse a la crianza: es una mujer esencialista. Entonces, “el problema”, es pensar y creer que las actividades antes mencionadas no tienen una relevancia trascendental en la vida de los seres humanos. Y por ello, “el problema”, es que, al estar subvalorados, se despolitiza, se enajena, se des-sujeta, se des-corporiza. En consecuencia, se aliena nuestra condición humana, y por eso, es la gran trampa de las *labores* (Arendt, 2009 [1958]), de la vida y de los cuidados. ¡Es la trampa del patriarcado!

Para finalizar esta reflexión, me hace mucho sentido traer a discusión la concepción de Oyěwùmí (2017) cuando señala que para el pueblo Yòrubá lo *esencial* es que *obìnrin* procrea, no obstante, no es mujer –desde una categoría occidental–, ya que como mencionaba, en la comprensión Yòrubá no existe el género, por tanto, *obìnrin* a pesar de gestar y dar a luz, sigue siendo un ser humano: *èniyàn*.

Reflexionar y re-significar la condición humana-mujer en la vida, implica re-plantear las labores de procreación y cuidado desde espacios políticos y emancipadores, implica re-situarnos como sujetas políticas, autónomas, de derecho y colectivizadoras, en tanto características que involucran recuperar nuestras praxis agenciadoras de mujeres-madres-abuelas-hermanas y compañeras.

2.2 ARQUEOLOGÍA DEL SABER: GÉNERO, NACIMIENTOS Y PARTOS EN DOMICILIO

“Taueret, Tauret o Tueris, era el nombre de la antigua diosa egipcia protectora del parto, la fertilidad y la lactancia materna. Su nombre significa ‘La Grande’. Como deidad maternal, sirvió en la crianza y protección del pueblo egipcio. Su figura era representada con grandes pechos, cuerpo de mujer gestante, cabeza de hipopótamo, cola de cocodrilo y patas de león, su piel era de color negro y llevaba un tocado en su cabeza con cuernos y un disco solar”.

Más allá del Egipto Faraónico. Los verdaderos inventos de los egipcios (Vanoyeke, 2008).

Este segundo capítulo pretende problematizar el orden, la secuencia y la construcción histórica en la cual se han inscrito los saberes y conocimientos sobre el parto y el nacimiento humano, comprendiendo cuáles han sido las epistemes válidas e inválidas que han configurado su panorama actual y las importantes consecuencias que estas han tenido en lo que hoy comprendemos como las formas establecidas para nacer. Para ello, recupero la noción arqueológica que propone el filósofo Michel Foucault (1970) cuando menciona que:

La arqueología trata de describir, no es la ciencia en su estructura específica, sino el dominio, muy diferente, del saber. Además, si se ocupa del saber en su relación con las figuras epistemológicas y las ciencias, puede igualmente interrogar el saber en una dirección diferente y describirlo en otro haz de relaciones. (p.330).

Por lo tanto, “la arqueología es una historia de las condiciones históricas de posibilidad del saber” (Castro, 2004, p.39). Así, el desarrollo de este apartado manifiesta una preocupación por describir cómo hemos ido transmitiendo la historia del parto y el nacimiento. Esto surge no con la intención de encontrar una linealidad objetiva sobre los hechos, ya que se opone a contar la historia única (Haraway, 1991), sino más bien, presentar los enunciados discursivos

que se instalan como saberes y experiencias dominantes a la población. Particularmente, pretendo relevar la perspectiva de las mujeres que lo vivencian, y cómo esto ha significado a lo largo de la historia una lucha social, cultural, económica y política por gestaciones, partos y nacimientos dignos y respetados.

2.2.1 Arqueología del nacimiento desde un enfoque de género

La arqueología ha sido una disciplina y fuente de conocimiento que tradicionalmente ha estudiado las sociedades a través de restos materiales con el objetivo de alcanzar una comprensión sobre la cultura humana (González y Ayán, 2018). Sin embargo, a pesar del carácter inclusivo que implica esta definición, no ha estado exenta de cuestionamientos que interpelan desde qué punto de vista se analizan los vestigios, quiénes son los encargados de describir y divulgar los hallazgos, hasta el rol histórico que ha ocupado el sujeto mujer en los descubrimientos arqueológicos, y cómo éstos se han incorporado en la sistematización de la llamada *historia universal* y, específicamente, en la construcción histórica de los saberes sobre el parto y el nacimiento.

Bajo este debate, a finales de los años sesenta, se produjo una masiva incorporación de mujeres a la carrera de arqueología, situación que invitó a problematizar las cuestiones de género al interior de la disciplina y sus ámbitos de estudio. El sesgo androcéntrico era una característica fundamental sino principal al momento de comprender las interpretaciones arqueológicas, cuestión que reducía la complejidad y temas de interés en los fenómenos culturales (Díaz-Andreu, 2005).

Un mero ejemplo de ello se visualiza en la icónica imagen de la evolución humana, en la cual aparece una fila de hombres que van desde el Australopithecus hasta el Homo Sapiens, no obstante, no existe imagen igual de mujeres que indiquen el proceso evolutivo en toda su heterogeneidad o magnitud (Díaz-Andreu, 2005).

La arqueóloga Margarita Díaz-Andreu (2005) señala que “en los albores de la prehistoria los objetos que más importancia adquirieron en las tipologías y en las cronologías establecidas a partir de ellas, fueron los asociados con actividades supuestamente masculinas” (p.19) quedando ausente cualquier actividad que fuese femenina.

Esta situación no es casualidad, como explica la historiadora Gerda Lerner (2017), la historia que se sabe y conoce desde la invención de la escritura en adelante, fue interpretada y relatada por hombres en tanto: sacerdotes, clérigos, escribas o intelectuales de la época, que en honor a describir la historia la han denominado universal, no obstante, no incorpora de manera activa en sus relatos a la mitad de la población humana: las mujeres.

En consecuencia, el registro histórico que se conoce es sesgado y androcéntrico, ya que omite el pasado de una gran parte de la civilización, la mitad de la existencia humana prácticamente no está narrada en la historia que se conoce como universal, del mismo modo, que no están descritas sus implicancias económicas, políticas y culturales, situación que se extrapola al escenario del parto y nacimiento. Lerner (2017) llamó a este conflicto “la dialéctica de la historia de las mujeres”, con esto se refiere a la tensión “entre la experiencia histórica real de las mujeres y su exclusión a la hora de interpretar dicha experiencia” (p. 4).

La dificultad de interpretar y relatar una parte de la historia desde un lente androcéntrico –y occidental– no sólo suprime e invisibiliza a las mujeres como sujetas partícipes de esta, sino también, corre el riesgo de negar su capacidad agenciadora y emancipadora, no obstante, el devenir histórico se ha encargado de demostrar progresivamente lo contrario. El proceso de concientización, como lo definiría el pedagogo Paulo Freire (2012), ha llevado a cambiar esta condición entablado nuevas dinámicas al interior de la sociedad mediante luchas y resistencias.

En ese sentido, unas de las principales apuestas de la arqueología del género, implicó interpretar las dinámicas relativas a la división sexual del trabajo, la cual aportó los primeros elementos relativos a la comprensión de la gestación, parto, nacimiento y crianza, como una cuestión interpeladora a la tradicional comprensión feminizada sobre estos acontecimientos asociados a una actividad de cuidado que se encuentra sólo en la esfera privada.

La especificidad de la propuesta consiste, como señala la arqueóloga María Encarna Sanahuja Yll en Vietri y Briz i Godino (2010-2011):

En que la Arqueología de las Mujeres no puede, ni quiere, ser considerada como una nueva área temática entre las muchas planteadas dentro de la disciplina arqueológica.

Sino que debe ser entendida como una nueva producción del conocimiento que, necesariamente, debe ser realizada a través de una exhaustiva renovación teórica y metodológica de la disciplina misma en clave feminista. (p.86).

Por su parte, Díaz-Andreu (2005) aclara que a nivel disciplinar, no ha existido un común acuerdo en aportar teóricamente una concepción crítica de esta dinámica sobre la base del género, cuestión fundamental al momento de analizar el devenir jerárquico desde la supremacía masculina en estos escenarios.

Es así como la división sexual del trabajo (Federici, 2017) es un conflicto de larga data, producto de un sistema estructural patriarcal que condiciona nuestras dinámicas, así también, elabora normas y comportamientos favoreciendo únicamente a un grupo de la población. Para comprender su funcionamiento, es importante definir sus orígenes e implicancias. Para ello, retomo los aportes conceptuales de la poeta Adrienne Rich (2019 [1976]), la cual interpreta el patriarcado como “el poder de los padres” y lo define como:

Un sistema familiar y social, ideológico y político con el que los hombres –a través de la fuerza, la presión directa, los rituales, la tradición, la ley o el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación, y la división del trabajo– determinan cuál es o no el papel que las mujeres deben interpretar con el fin de estar sometidas al varón en toda circunstancia. (p.106).

Ante este contexto, no es difícil comprender el orden que establece el patriarcado en relación con el acontecimiento del parto y nacimiento hasta la actualidad y por ende el valor cultural que experimentan las mujeres en la reproducción humana en el sistema occidental.

No obstante, sabemos que esta definición no es unívoca, en tanto existen perspectivas feministas que comprenden el patriarcado desde otras intersecciones, como el caso de las feministas comunitarias, las cuales identifican la existencia de un patriarcado ancestral originario atravesado por dimensiones étnicas y cosmogónicas (Cabnal, 2010), así también, las feministas materialistas, para las cuales el patriarcado se origina y colude con el sistema capitalista (Bolla, 2018).

En consecuencia y desde una comprensión diversa, el sistema patriarcal como base sustancial y como construcción del orden social, implica un conjunto de dinámicas, normas y funciones que condicionan a una comunidad en la cual el hombre ocupa un lugar de privilegio por sobre la mujer, siendo ésta –desde una visión unidimensional– sólo útil por su carácter *biológico/procreador*. Esta visión perpetúa las interpretaciones hegemónicas sobre el parto y el nacimiento como un acontecimiento eminentemente biológico, despojándolo de cualquier circunstancia cultural, política y social.

A raíz de problematizar y conocer los orígenes e implicancias del sistema patriarcal en la sociedad, importantes aportes han desarrollado historiadoras, arqueólogas, antropólogas y activistas, narrando y describiendo nuevas interpretaciones que han permitido rearmar la historia o *herstory*⁶, no contada y mal llamada universal.

Ello ha generado no solo conocer el origen del patriarcado como un aporte epistemológico en la historia de las mujeres, sino también, ha propiciado una comprensión del sistema/mundo (Wallerstein, 2005) aportando análisis, reflexiones y lecturas críticas de cómo nos configuramos como sujetas en la historia y cómo esas configuraciones han aportado en la construcción simbólica y política de nuestro devenir.

Entender esto nos permite revisar cómo el parto y el nacimiento también dan cuenta de estas transiciones epistemológicas y sociales de nuestra cultura, y cómo esos fenómenos se han concebido preferentemente como un hecho relacionado a la procreación biológica, negándole su carácter multidimensional. Estas representaciones dominantes, se han ido construyendo amparadas en un discurso patriarcal con la finalidad de mantener normativizadas las conductas, cuerpos y praxis femeninas.

Entre otras cosas, es debido a este discurso patrilineal que surgen argumentos que remiten al retorno de estructuras matriarcales como propuestas posibles ante el sistema patriarcal dominante. En ese sentido y en primera instancia, me parece importante reconocer y describir

⁶ Concepto utilizado en los años setenta para relevar la participación de las mujeres como sujetas históricas en la historia universal. *Herstory*, alude al uso del *her* (la historia de ellas) en oposición al *his* (historia de ellos). Para más información, revisar Navarro, L.C. (2015). De la *history* a la *herstory*: un debate inconcluso. *Historia y Sociedad*, 29, 99-119. doi: 10.15446/hys.n29.50469

las acepciones “matriarcado”, “ginococracia” o “ginarquía”, ya que suelen utilizarse como sinónimos, sin embargo, sus significados y alcances apelan a contraposiciones las cuales aún permanecen en debate.

En relación con el término matriarcado y parafraseando a la antropóloga Anna Boyé (2006), es un sistema social en el cual la mujer tiene un rol de autoridad no coercitivo. Gracias a su trabajo etnográfico realizado en culturas matriarcales en Bijagós (Guinea Bissau), Juchitán (México) y Mosuo (China), identificó que las mujeres en esas sociedades son las encargadas de organizar el trabajo, la economía y todo lo relativo a la estructura social de manera horizontal abalado democráticamente por el resto de la comunidad (Boyé, 2006).

Por su parte, el antropólogo Robert Briffault (2016 [1927]), añade un origen orgánico al sistema matriarcal, señalando que, a diferencia del sistema patriarcal, el matriarcado tiene un origen creador relevante, ya que existe una integración genuina entre la agricultura, la artesanía y el origen de la vida. En este tipo de culturas, las dinámicas sociales giran en torno a la madre y a sus hijos/as. Así mismo, el autor aclara que el término ginococracia o ginococracia, se asemejaría a las dinámicas del sistema patriarcal, ya que ambos buscan la supremacía de un género por sobre otro, a través del poder económico y político.

De acuerdo a esto último, el antropólogo Johann Jakob Bachofen (1987) agrega que la ginococracia “se basa en el predominio de los valores de lo femenino, en los lazos de sangre, en el predominio de la maternidad, la afectividad y la religiosidad, fundamentalmente” (p.11). De este modo, la ginococracia expresa una omnipotencia femenina en la cual los hombres pasan a un lugar secundario en la orgánica social. Con esto podemos inferir, cómo los partos y nacimientos significan e interpretan de una manera diametralmente diferente a las conocidas actualmente, representadas en las trayectorias de vida y las organizaciones sociales en general.

A pesar de que el sistema matriarcal no ha tenido una representatividad global en la cultura occidental actual como estructura social establecida; existe una recuperación de los elementos de este sistema que han configurado las formas de resistencias actuales en las maternidades y maternajes que incorporan una ética del cuidado desde una perspectiva comunitaria, sobre todo, en escenarios Latinoamericanos.

Por otro lado, se visualiza un sistema matrilineal en las dinámicas domésticas en la cuales, a pesar de haber una figura paterna como cabeza de familia; los cuidados a infantes, mayores o personas en situación de discapacidad, la distribución económica de la alimentación y nutrición, las labores de aseo y limpieza, y todo lo que concierne a las políticas organizativas del hogar, son lideradas y se concentran en el eje central de la figura de la mujer–madre. Por lo tanto, se habla de familia matriarcal inclusive existiendo un núcleo familiar compuesto por madre, padre e hijos/as.

De esta manera, es importante identificar y comprender los antecedentes sociohistóricos de este vital proceso, para ello, es fundamental reconocer y problematizar el camino arqueológico por el cual ha transitado el nacimiento y el parto, así también, creo relevante exponer y comprender, cómo esa construcción histórica y simbólica ha generado representaciones sociales sobre el parto y el nacimiento que se han perpetuado, inclusive, hasta nuestros días.

2.2.2 Transitando arqueologías de saberes sobre el nacimiento

Antes de continuar, me parece fundamental exponer que la información utilizada para este apartado se extrajo, principalmente, de dos autores hombres los cuales, desde sus respectivas disciplinas, han abordado la construcción arqueológica, paleontológica y obstétrica del parto y nacimiento humano. No cabe duda de que los aportes que permitan conocer y profundizar sobre este fenómeno social son bienvenidos, no obstante, el criterio que nos permite complejizar sus afirmaciones siempre debe mantenernos alerta, ya que los sesgos androcéntricos expresados en sus interpretaciones son evidentes.

El totalitarismo del dolor del parto, el determinismo en afirmar la dificultad que implica llevarlo a cabo, o la omisión de los significados sociales de las mujeres en torno al mismo, son algunas de las situaciones que vemos reflejadas en sus textos y que no debemos permitir que nos cieguen al momento de conocer, interpretar y/o construir los caminos posibles en *las/nuestras* historias de parto y nacimiento.

Si poco se sabe de esta parte de la historia, puede deberse a muchos factores y causales, no obstante, sabemos a priori que no es casualidad que sólo unas pocas mujeres hayan podido

profundizar y (re)escribir la historia de cómo gestamos, nacemos y criamos desde perspectivas arqueológicas y paleontológicas. Por tanto, y como adelantaba, es importante observar las interpretaciones con cautela, en tanto debemos reconocer que el prisma androcéntrico estuvo y está presente en las comprensiones que rodean las formas de nacer, generado diversas praxis y comportamientos que inclusive hoy en día están sujetas a juicio.

Adentrándonos en este interesante viaje prehistórico, la arqueología del nacimiento⁷, surge como un intento de comprender la historia y evolución de las gestaciones y los partos, a través de los hallazgos e interpretaciones de registros y utensilios para dar entendimiento y continuidad a dichos procesos en el desarrollo de los seres humanos.

La historia del parto y del nacimiento desde épocas paleolíticas⁸, ha sido poco analizada, más, la historia que se conoce y profundiza sobre estos acontecimientos es más bien reciente, principalmente, decimonónica. En ese tránsito, el paleoantropólogo Juan Luis Arsuaga (2012), a partir de su trabajo y de los hallazgos encontrados en la Sierra de Atapuerca en España, expone su tesis de las semejanzas y comparaciones entre los seres humanos y sus parientes más cercanos (chimpancés, gorilas y orangutanes) al momento de parir.

El autor señala que la gran diferencia entre los mamíferos cuadrúpedos y bípedos al momento de dar a luz se relaciona con la postura erguida que adoptaron los primeros homínidos, junto al importante crecimiento craneal que éstos desarrollaron.

⁷ Propongo utilizar este concepto en una línea similar a la que la arqueóloga Ana Mercedes Herrero-Corral utiliza en la llamada “Arqueología de la infancia”. Ambas se construyen como propuestas epistemológicas realizadas al interior de la disciplina, sin embargo, renegadas por involucrar *cuestiones femeninas* en sus análisis e interpretaciones. Para más información, revisar en: Herrero-Corral, A.M. (2013). Sobre la infancia en la prehistoria: un análisis de las sociedades del interior peninsular entre el VI y III milenio a.C. *El futuro del pasado*, 4, 69-86.

⁸ En esta investigación utilizaré la acepción más clásica que se le atribuye al “paleolítico” para referirme a la época más larga de la prehistoria donde apareció la primera especie del género Homo. Usaré este concepto de manera general, sin embargo, no desconozco que en América durante el proceso Paleoindio o Paleoamericano, sucedieron procesos culturales en un tiempo histórico distinto al resto de civilizaciones abordadas en el paleolítico occidental. Para más información sobre el proceso en Chile, revisar en: Jackson, D., Méndez, C. & De Souza, P. (2004). Poblamiento Paleoindio en el norte-centro de Chile: Evidencias, problemas y perspectivas de estudio. *Complutum*, 15, 165-176. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/1222105>.

Para el resto de América, revisar en: Pucciarelli, H. (2009). Explicando el paleoamericano y su probable extinción, a través de inferencias comparativas y experimentales. *RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, 30(1), 9-27. Doi: <https://doi.org/10.34096/runa.v30i1.847>

En el caso de los mamíferos cuadrúpedos, dicha posición implica que el canal del parto se asemeje a un tubo y que las vísceras abdominales y pelvianas se contengan en la pared abdominal, esto genera que al momento del parto el feto transite un canal recto hasta concretar con su salida. En nuestro caso, la adopción de una postura bípeda generó que la pelvis ósea y, por ende, el canal del parto, cambiaran su trayectoria, en este caso la expulsión del feto ya no se daría de forma recta como en los cuadrúpedos, sino más bien, de forma curva: hacia abajo y hacia delante.

De esta manera, la modificación en la trayectoria para dar a luz trajo como consecuencia una importante transformación evolutiva en los seres humanos: la posición del parto. Como mencioné anteriormente, la trayectoria del parto en nuestro caso es curva, por ende, la mejor posición o la más fisiológica para parir, es en cuclillas o de manera vertical.

Posición reafirmada en uno de los tratados de obstetricia más antiguos de la historia. En el 1500 a. C, un papiro encontrado en una de las tumbas de Assasif en Egipto, describía el primer tratado de medicina de la historia. Este fue traducido por el egiptólogo alemán Georg Ebers, del que acabó tomando su apellido. El papiro de Ebers describe que las mujeres se colocaban en cuclillas o bien sobre una silla de partos para dar a luz (Jiménez-Serrano, 2002).

Siglos más tarde, Sorano, un médico griego de Éfeso⁹ que ejerció a inicios del siglo II d. C. Elaboró un tratado de obstetricia llamado “Gynaikeia”, el tratado se divide en cuatro tomos en los cuales menciona la realización de los partos, específicamente, señala que los nacimientos eran asistidos por parteras en una silla de partos la cual tenía un respaldo, dos brazos de apoyo y un asiento con forma de media luna por donde pasaba el recién nacido (Sorano de Éfeso, 1956 [98-138]).

La posición del parto cobra gran relevancia al momento de conocer la fisiología del nacimiento en tanto vemos que la realidad actual en los paritorios se aleja considerablemente de las experiencias de parto de nuestras antepasadas. Es así como a pesar de los hallazgos

⁹ Para mayor información revisar en Goberna-Tricas. J. (2009). Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement. (Tesis para optar al grado de doctor). Universidad de Barcelona. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/1762#page=1>

descritos, los mecanismos tecnológicos utilizados en la atención al nacimiento hoy en día han generado una distancia importante no sólo en la forma fisiológica de dar a luz reflejada, por ejemplo: en la posición litotómica en la cual la mujer queda expuesta. Sino también, en la distancia simbólica, en tanto no son respetadas las experiencias, conocimientos y deseos de las mujeres que optan por un parto fisiológico.

Conocer o (re)armar parte de la historia y comprender cómo gestamos y nacemos, es algo beneficioso para construimos como sujetas históricas, así también, permite desentrañar comportamientos y prácticas que de cara al sesgo androcéntrico, religioso y punitivo de nuestra historia (Federici, 2017), se han posicionado como verdades y discursos únicos e inmutables con el único fin de mantenernos silenciadas en la historia.

2.2.3 Gestando vestigios: pariendo significados arqueológicos del parto en domicilio

El progreso tras la concepción de humanizar el nacimiento y su desarrollo tecnológico nos da a entender que no todo lo nuevo siempre es bueno. El gineco-obstetra Michel Odent (2014), menciona esto cuando identifica que las tecnologías utilizadas en los nacimientos actuales, además de transformar evolutivamente su fisiología neurohormonal, ha generado que las mujeres tengan partos más intervenidos y por ende, más dificultosos.

De acuerdo con Odent (2014), la revolución del neolítico trajo consigo la llamada “socialización del nacimiento”, este concepto involucró la intervención del parto en todas sus dimensiones, las cuales fueron progresando en la medida que avanzaban los años. Una de las primeras injerencias, fue la aparición de la partera, la cual semejaba la figura materna que protegía a la mujer que daba a luz. Esta figura trascendió en el tiempo, ya que, en épocas previas al neolítico, las mujeres parían solas y aisladas de su grupo, en ocasiones contaban con la presencia de otra mujer, sin embargo, esta no intervenía directamente en el parto, sino más bien, se encontraba cerca para evitar la presencia de algún hombre o depredador (Odent, 2014).

Por su parte Arsuaga (2012), atribuye la aparición de la partera, a que, en el caso de los primates, las crías nacían mirando hacia la madre (en posición occipitosacra) por lo cual, si las crías venían con alguna obstrucción que les impidiera respirar o alguna dificultad similar,

las madres podían socorrer y actuar, transformándose en sus propias parteras.

No obstante, en el caso de los Homo Sapiens, los recién nacidos salen en posición occipitopúbica, esto quiere decir que, al momento de nacer, lo hacen mirando a la espalda de la madre, por lo cual ésta no les ve la cara hasta que el recién nacido rota y nace. Por ende, la madre no puede ayudarse a sí misma requiriendo necesariamente la colaboración de otra persona. Esto de acuerdo con el autor generó la socialización del parto desde el momento que las líneas humanas y del chimpancé se dividieron (Arsuaga, 2012).

En definitiva, no existe certeza si la aparición de la partera fue a raíz de este evento o no, sobre todo considerando el aumento observable en nuestros días de los partos autoasistidos en domicilios por parte de las propias mujeres (Lindgren, Nässén & Lundgren, 2017). No obstante, la socialización del parto ha elaborado una imagen de este que refleja la necesaria participación de otro/a que supervise, controle y vigile, y en el mejor de los casos, contenga, apoye y acompañe esos procesos junto a la mujer que gesta, pare y cría.

Otra intervención producto de la socialización del nacimiento que señala Odent (2014) se dio con el traslado del parto a los espacios cotidianos de las mujeres. Los partos en el paleolítico se daban de manera libre, fuera del grupo de convivencia y del hogar. Como mencioné anteriormente, el parto era un evento más bien solitario en el cual no participaba nadie más que la mujer. Situación que cambió en el neolítico junto a las importantes transformaciones en las dinámicas culturales y sociales. Ahora, los partos se desarrollarían al interior de los hogares con la colaboración de otra mujer (Arsuaga, 2012; Odent, 2014).

A pesar de las intervenciones de cara a socializar el nacimiento, hay una situación que se mantuvo protegida por décadas; esta fue la incorporación de la figura masculina en la atención de los partos y abortos. Hasta el siglo XVII –aproximadamente– las labores correspondientes a los fenómenos sexuales y reproductivos femeninos eran realizados únicamente por mujeres. La capacidad colectivizadora junto a los saberes empíricos herbolarios, curativos, abortivos y reponedores, eran características y labores que las curanderas y parteras de la época manejaban con total propiedad (Ehrenreich y English, 2014 [1973]). No obstante, la incorporación de la figura masculina al arte de partear fue una realidad cada vez más presente, ello se acompañó de la progresiva institucionalización y uso

de tecnologías en las gestaciones y partos culminando con la total “socialización del nacimiento” (Odent, 2014).

Junto con destacar la importancia que implicó la adopción de la postura erguida en los primeros homínidos y cómo esta generó una transformación en la pelvis ósea en la trayectoria del parto y en la postura que adoptaría la mujer para parir. Es importante señalar las transformaciones que paralelo a ello acontecieron en relación con el tamaño del cráneo humano.

Ana Mateos especialista en prehistoria, ecología y fisiología humana (2010), señala que “el aumento del volumen cerebral que caracteriza al género Homo durante el Pleistoceno vino a añadir más dificultades al estrechamiento del canal del parto afectado por el diseño biomecánico de caminar de forma erguida” (p.103). De esta forma, en la medida que aumentó el tamaño cerebral, aumentó también el tamaño craneal, por ende, la pelvis ósea tuvo que modificarse para que el feto pudiera descender y nacer.

En ese sentido, la pelvis femenina a diferencia de la masculina tiene el pubis más largo, así también, el arco que forman sus ramas es más amplio, y el sacro está inclinado hacia atrás gracias a que la escotadura ciática mayor, es más ancha. Todo ello, permite una óptima estructura para desarrollar la gestación y culminar con el nacimiento.

No obstante, a estas modificaciones, se necesitó que las crías nacieran antes de tiempo para ser paridas sin morir en el intento. Es por ello que en nuestra especie la gestación tiene una duración aproximada de cuarenta semanas, culminando con el nacimiento de crías totalmente inmaduras. Esta inmadurez fetal es una estrategia evolutiva de cara a evitar el crecimiento y maduración intrauterino del feto, que posteriormente pudiese generar su estancamiento al momento de descender y pasar por el canal del parto (Arsuaga, 2012; Mateos, 2010).

Debido a la prematurez de la especie humana, es que el cuidado durante los primeros meses de vida del recién nacido cobra gran importancia, ya que debe completar su proceso de maduración extrauterinamente. A esto se le llamó exterogestación, y como explica el neonatólogo Nils Bergman (2014) es un periodo primordial en el recién nacido, ya que le

permite formar su estructura cerebral, a través del vínculo simbiótico que desarrolla con la madre, generando su maduración y, por lo tanto, valerse por sí mismo.

Odent (2014) añade a la comprensión de Bergman (2014) la noción del “periodo primal” como momento fundamental en el desarrollo del feto y del recién nacido, junto a la interdependencia que ello genera entre la mujer madre y su hijo/a. El periodo primal comprende desde la etapa fetal hasta el año posterior al nacimiento, y de acuerdo con el autor y las investigaciones de la base de datos de salud primal (Primal Health Research Databank), señalan que algunas condiciones de salud como el autismo o la esquizofrenia tendrían su génesis en alteraciones estructurales durante este periodo de vida.

En consecuencia, la arqueología del nacimiento es un área que nos permite conocer y adentrarnos en la historia poco relatada de las gestaciones, partos y nacimientos de nuestra especie. Sin duda, es una historia inconclusa que me parece preciso (re)armar, no sólo por conocer su devenir, sino más bien, para preguntarnos ¿cómo se ha ido construyendo ese proceso? y problematizar otras formas de venir al mundo, analizar si los procesos de nacimiento se daban de forma similar en los distintos contextos geográficos durante esa época, y si las sensaciones que hoy en día perciben las mujeres al momento de parir serían similares a las experimentadas por nuestras antepasadas.

Las nociones desarrolladas en este capítulo nos muestran una mirada general de un proceso primordial de la vida humana como es el nacimiento, así también, en un momento de la historia que poco se sabe de ello. Por cierto, genera más interrogantes que afirmaciones, sin embargo, contribuye a (re)pensar otras formas posibles de nacer en el aquí y allá, ahora y antes.

2.3 LA EMERGENCIA DE UNA ANTROPOLOGÍA FEMINISTA ¿ES SOLO CUESTIÓN DE MUJERES?

“Voy camino a entrevistar a Silvana, ella vive en un pueblo de la octava región del Bio-Bio, se llama Colcura, tiene salida a una costa pacífica muy bonita. El día está un poco nublado, pero bastante agradable. Ya llevo caminando un buen tramo para llegar a su casa, voy muy contenta porque me acabo de encontrar con unos caballos y un hermoso paisaje.

Y así se suma otro día más de mi trabajo de campo. Estoy muy contenta de que esta investigación haya permitido acercarme a tantas mujeres, permitirme conocer sus experiencias, sus representaciones, sus espacios, que me hayan abierto las puertas de su hogar, que me hayan permitido conocer a sus familias, que me hayan permitido estar en estos espacios tan maravillosos, muchas gracias a todas ustedes”.

Nota de campo del 13 de noviembre de 2018, Octava Región del Bio-Bio, Chile.

A diferencia de los primeros capítulos donde inicié su abordaje comprendiendo a priori la necesidad que reclamaban sus disciplinas —o más bien las mujeres en su interior— por incorporar las perspectivas de género y feministas en sus reflexiones, en esta ocasión sucedió algo paradójico, ya que dentro de la antropología las investigaciones etnográficas y los análisis e interpretaciones de las mujeres como colectivo antropocentrado, han estado siempre presentes en la historia de la disciplina, por ende, podría pensarse que no existe motivo de malestar en tanto consta enunciación de su presencia en ese escenario. No obstante, y aquí sitúo el dilema, han sido incorporadas como meros objetos de estudio sin representación ni reconocimiento, autonomía, voz y derechos, pasando desapercibidas en su calidad de sujetas creadoras, políticas y participes activas de sociedades y culturas.

Como diría la antropóloga Henrietta L. Moore (2009) “la presencia de la mujer en los informes etnográficos ha sido constante, debido eminentemente al tradicional interés

antropológico por la familia y el matrimonio. El principal problema no era, pues, de orden empírico, sino más bien de representación” (p.13). Tuvieron que pasar varias décadas para que las primeras etnografías interpretaran de manera crítica y situada a las mujeres como sujetas participantes activas dentro de la cultura. Así, el foco de interés antropológico – despejado en cierta parte del lente androcéntrico– vería la luz en la década de los 70 con la emergencia de la llamada “antropología de la mujer”.

Que exista una antropología que vierta sus intereses en los estudios *sobre/de* las mujeres implica varias cuestiones que deben ser consideradas antes de cantar victoria. Para este análisis acuñaré los tres peldaños que señala Moore (2009). El primero, implica la percepción individual de quien realiza las investigaciones, en este caso, el sujeto que conoce, analiza e interpreta. En palabras de la antropóloga Rayna Rapp Reiter (1975):

El androcentrismo deforma los resultados del trabajo de campo. Se dice a menudo que los varones de otras culturas responden con más diligencia a las preguntas de extraños (especialmente si son varones). Más grave y trascendental es que creamos que esos varones controlan la información valiosa de otras culturas. (p.14).

Lamentablemente esta situación no es novedad. De alguna manera u otra, las relaciones de poder, especialmente las genéricas como atiende la historiadora Joan Scott (1996), propician fraternidades entre sus congéneres, inclusive habiendo intersecciones que para otros grupos sociales pudiesen ser irreconciliables. En ese sentido y a modo de ejemplo, la feminista comunitaria Lorena Cabnal (2010) describe lúcidamente lo que llamamos un “entronque patriarcal” cuando alude a la existencia de un “patriarcado originario”. La autora define esta figura como “un sistema milenario estructural de opresión contra las mujeres originarias o indígenas. Este sistema establece su base de opresión desde su filosofía que norma la heterorealidad cosmogónica como mandato, tanto para la vida de las mujeres y hombres” (p. 15).

Esta situación se vincula estrechamente con el segundo peldaño, el cual involucra el entorno y contexto de la sociedad que está siendo estudiada. Si se tiene conciencia de que la mujer ocupa un lugar particular en esa dinámica interna, será esperable que este escenario sea interpretado de igual manera por la persona que observa y analiza la información. Por lo

tanto, las relaciones genéricas que se den al interior de la sociedad estudiada, sobre todo si son desiguales, serán interpretadas y transmitidas posteriormente de manera similar por la persona que recogió la información y que fue testigo.

En ese sentido, el tercer peldaño proviene de la parcialidad ideológica occidental en la cual las personas que investigan están epistemológicamente construidas, esto quiere decir en palabras de Moore (2009) que “los investigadores, guiados por su propia experiencia cultural, equiparan la relación asimétrica entre hombres y mujeres de otras culturas con la desigualdad y la jerarquía que presiden las relaciones entre los dos sexos en la sociedad occidental” (p.14). Por lo tanto, replican en sus interpretaciones el modelo hegemónico construido bajo parámetros dominantes establecidos, heteronormados y occidentales.

En ese sentido, el sesgo androcéntrico en la antropología no tiene que ver exclusivamente con que sus investigadores sean principalmente hombres, sino más bien, con que los modelos en los cuales se basan para desarrollar e interpretar los conocimientos disciplinares están gestados y construidos a partir de comprensiones patriarcales en tanto tradicionales y occidentales, situación que genera, por ejemplo: la tergiversación en la comprensión del contexto estudiado.

De este modo, el intrusismo androcéntrico en la llamada “antropología de la mujer” se manifestó en la tensión que asomarían las dinámicas establecidas propias de la antropología tradicional y que claramente no se resolverían por sí mismas con la incorporación de mujeres a la disciplina. En ese sentido, algunas de las complejidades que llevaron a interpelar los estudios antropológicos de la mujer, fue precisamente individualizar “la” antropología de “la” mujer. Asumir como foco analítico la concepción de mujer unívoca, fue una de las grandes trampas a las cuales se enfrentó esta nueva concepción.

En ese desafío, Moore (2009) señala que “el concepto ‘mujer’ no puede constituir una categoría analítica de investigación antropológica y, por consiguiente, no pueden existir connotaciones analíticas en expresiones tales como ‘situación de la mujer’, ‘subordinación de la mujer’ o ‘hegemonía del hombre’ cuando se aplican universalmente” (p.20). Esto quiere decir que el sexo biológico no puede ni debe ser una categoría que fagocite la contextualidad social en la cual se disponen los y las sujetas de estudio.

En ese sentido, la emergencia de la antropología feminista fue un acierto que permitió problematizar este dilema desde distintas aristas. Por un lado, continuó con el trayecto que pavimentó la “antropología de la mujer”, reconociendo a las mujeres como fuentes activas de conocimiento y estudio, por otro lado, permitió reconfigurar la categoría universal de “la mujer” como única dimensión analítica dentro de los estudios y etnografías antropológicas, y finalmente, dio cara a las vicisitudes epistemológicas de la antropología tradicional que la gestaron como escenario masculinizado en tanto sus teorías y metodologías dejaron fuera las comprensiones *otras/femeninas*. De acuerdo con esto, Moore (2009) señala:

La ‘antropología de la mujer’ fue la precursora de la antropología feminista; gracias a ella la mujer se situó de nuevo en el ‘punto de mira’ de la disciplina en un intento por remediar una situación, más que para acabar con una injusticia. La antropología feminista franquea la frontera del estudio de la mujer y se adentra en el estudio del género, de la relación entre la mujer y el varón, y del papel del género en la estructuración de las sociedades humanas, de su historia, ideología, sistema económico y organización política. (p. 18).

Una cuestión que cabe preguntarnos radica en las semejanzas reivindicativas existentes entre la llamada “antropología feminista” y la “antropología de género”. En ese sentido, Mary Golsdmith (1992) articulando las reflexiones de Henrietta L. Moore (2009) y Micaela di Leonardo (1991), señala lo siguiente:

Moore afirma que la antropología de género no es lo mismo que la antropología feminista; la distinción es sutil y reside en que la primera aboca al estudio de la identidad del género y su interpretación cultural, y la segunda, al estudio del género como principio de la vida social humana. Micaela di Leonardo formula observaciones semejantes. Para ella, una antropología de género estudia a ambos sexos, y cómo las relaciones de género varían en el tiempo y según la cultura; una antropología feminista tiene más bien afinidad con la perspectiva interdisciplinaria que caracteriza los estudios sobre la mujer. (p.342).

Atendiendo a las consideraciones de ambas autoras, el consistente trabajo realizado por antropólogas en la década de los 80 al interior de la “antropología del género” (Martín, 2008), sirvió para develar importantes tensiones que posteriormente fueron profundizadas por la

“antropología feminista”. La intersección *de/entre* categorías analíticas que atravesaban la condición humana de las mujeres en las dinámicas sociales, la domesticación esencial de la labor reproductiva en la teoría del parentesco, y la división sexual del trabajo, por mencionar algunas, fueron categorías tensionantes que la “antropología feminista” tuvo que afrontar.

Sobre lo expuesto, antropólogas como Michelle Rosaldo (1980) aportaron interesantes reflexiones que problematizaron la dicotomía de lo *doméstico* y lo *público*, refiriéndose ante esto “que tendemos repetidamente a enfatizar y contrastar diferencias supuestamente dadas entre mujeres y hombres, en lugar de preguntarnos cómo esas diferencias mismas son creadas por relaciones de género” (p.401).

En la misma línea, la antropóloga Rayna Rapp Reyter (1979) enfatiza en que “la dicotomía doméstico/público ha sido a menudo tomada como una descripción de la realidad social, en lugar de una afirmación cultural que enmascara relaciones que son altamente problemáticas y se expresan ideológicamente” (p.508). A esto, la antropóloga Susana Narotzky (1995) añade la particular preocupación que genera no sólo identificar las diferencias genéricas de manera binaria en las dinámicas sociales al interior de las culturas, sino más bien, en cómo estas diferencias llegaron a producir tales desigualdades entre hombres y mujeres.

La antropóloga Verena Stolcke (1996) por su parte, señala la importancia de “reconocer que diferencias sexuales, fenotípicas o étnicas, en sí, sociopolíticamente, no significan nada, a menos que sean dotadas de valor simbólico por complejos procesos económico-políticos a los que a su vez legitiman” (p.343).

Lo que proponen las antropólogas citadas, refleja la trascendental interpelación que las llevó a problematizar las categorías genéricas –binarias, inicialmente– desde un escenario crítico, social y político, por supuesto revelador para la época. La incorporación de las perspectivas de género y feministas a los distintos escenarios del paradigma antropológico tuvo como consecuencia una importante apertura epistemológica en términos de vínculos, diálogos, análisis e interpretaciones que se desarrollaron desde las y los investigadores hacia las y los sujetos, y sus contextos de estudio.

Así, los estudios etnográficos desarrollados a partir de perspectivas feministas fueron de gran utilidad en materia académica e investigativa a nivel disciplinar, sobre todo, en escenarios complejos donde las construcciones teóricas, conceptuales y metodológicas que los constituyeron, favorecieron una visión unidimensional, objetiva, unicausal y conservadora de la condición humana en tanto sujeto(s) mujer(es).

2.3.1 Nociones de la antropología médica y su vinculación con la perspectiva de género

El desarrollo de la antropología médica es uno de los campos al interior de la antropología en el que se disputa con mayor ímpetu las bases ontológicas de los binarismos que demanda la antropología feminista. El dualismo cartesiano “mente y cuerpo” se ve representado a través de la confrontación de dimensiones: naturaleza y cultura, biología y sociedad, público y privado. Categorías que entran en disputa, sobre todo, en estos tiempos donde las tecnologías biomédicas han marcado un precedente en las relaciones contenidas entre “lo biológico” y “lo social”, transformándose en escenarios fértiles para profundizar en las perspectivas socioculturales en torno a la salud y el bienestar de las personas.

No obstante, contraponer las categorías analíticas que subyacen a la condición del ser humano involucra no sólo polarizar los ejes centrales que atraviesan su situación y posición en las dinámicas sociales, sino, además, contribuye a caer en argumentos fundamentalistas para justificar un supuesto *orden lógico* que ese mandato implica.

La medicina occidental como ciencia que estudia la vida, la salud, las enfermedades y la muerte, sustenta una vasta trayectoria que argumenta la condición del ser humano en posiciones dicotómicas para responder a su bienestar y afecciones. En ello, el surgimiento de la antropología médica permitió develar, en palabras del antropólogo Ángel Martínez Hernández (1996) “la falta de reconocimiento de la enfermedad como un fenómeno social y cultural que pueda adquirir sentido de coherencia y estatus etnográfico al lado de otras problemáticas como el cultivo de la tierra” (p.379).

El autor añade que el interés de los antropólogos por la medicina no fue inmediato, un claro ejemplo de esto fue la investigación realizada por Edward Tylor (1871). El estudio señala que al momento de conocer los sistemas médicos de pueblos originarios se generó una

“asimilación” de la medicina autóctona a categorías religiosas y mágicas, ya que los “aborígenes” según el autor, no discriminaban entre medicina, magia y religión. A raíz de esto, los sistemas médicos no se incorporaron como una realidad etnográfica a estudiar en la antropología tradicional, sino más bien, se interpretaron como fenómenos similares a la religión, la economía y el parentesco.

En su respuesta, se puede decir que la medicina primitiva o popular (como es llamada al interior de la antropología), integra dimensiones de carácter comunitario que la medicina científica occidental no incorpora. Es decir, la medicina alópata trata enfermedades, signos y síntomas, pero no personas en su integridad. Por su parte, la medicina primitiva o popular para abordar una enfermedad incorpora dimensiones religiosas, sociales y espirituales que la hacen tener un carácter situado en quien sufre la afección a través de una visión multidimensional, multicausal y subjetiva de las enfermedades y las corporeidades que las manifiestan (De Miguel, 1980).

Esta problematización llevaría a la antropología pocos años más tarde a manifestar interés y preocupación por la medicina y sus procesos. El antropólogo Jesús M. De Miguel (1980) describe que el surgimiento de la antropología médica estaría marcado por diversos factores, uno de ellos se debería al precedente que generó el informe “The conditions of the Working Class in England”¹⁰ de Friedrich Engels (1845), en el cual se exponían las condiciones de salud de la población y la relación con el proceso de industrialización que ello generó.

Poco a poco la antropología médica comenzó a tomar forma al interior de la disciplina, no obstante, para la década de los 50, todavía no existía un corpus teórico que fundamentara la condición epistemológica de su construcción, más bien, existían antropólogos y algunos sociólogos vinculados a los estudios sanitarios (Caudill, 1953). Aun así, el término como tal, empezó a utilizarse en la década de los 60 tras una serie de disputas y críticas “por querer imponer el modelo científico ‘cosmopolita’ a los pueblos del tercer mundo; de alienar a los pobladores de su propia cultura y de enmascarar el verdadero problema de la mala distribución de la propiedad y la desigualdad social” (De Miguel, 1980, p.20).

¹⁰ Traducción al castellano “La condición de la clase obrera en Inglaterra”.

Frente a ello, De Miguel (1980) describe cinco líneas de desarrollo intelectual que la incorporación de las ciencias sociales logró generar al interior de la medicina:

- a) El interés etnográfico, que cristaliza a partir de 1924, sobre *magia y brujería*, y que incluye la medicina primitiva dentro de esas dos nociones. La *etnomedicina* es en la actualidad la heredera más directa de esta línea intelectual.
- b) Durante la década de los veinte y los treinta se produce un interés por los temas de *cultura y personalidad*, que a partir de 1934 redefinen la contribución freudiana desde una perspectiva más antropológica.
- c) La Escuela de Chicago centró la atención, a partir de los estudios de 1939, en el análisis de problemas psiquiátricos sobre comunidades concretas, y sus interrelaciones con la variable urbanización.
- d) A partir de 1942 se desarrollan en el mundo una serie de estudios internacionales de salud pública, apoyados por la OMS [Organización Mundial de la Salud], la PAHO [Organización Panamericana de la Salud], y algunas fundaciones como la Russell Sage.
- e) A finales de la década de los cuarenta se produce un reenfoque cualitativo de la Historia de la Medicina, acercándose a la concepción de las ciencias sociales. El influjo personal de Sigerist¹¹ se hace sentir sobre todo a partir de 1951. (pp.13-14).

De esta manera, los intereses de la antropología médica transitaron desde las concepciones mágicas y religiosas que la medicina primitiva implicaba en las culturas autóctonas, los estudios de la personalidad y la cultura, las afecciones de la salud mental (que después se vincularon en gran medida con la antropología médica desde la psiquiatría comunitaria y la anti-psiquiatría), la exportación del conocimiento médico occidental a los pueblos originarios por parte de la OMS y la PAHO –situación que cabe destacar, no dio resultado– y la articulación entre las ciencias sociales y la historia de la medicina (Rivers, 1924; Stern, 1927, 1941; Sydenstricker, 1933; Ackerknecht, 1942, 1955).

¹¹ Henry E. Sigerist, médico suizo que dedicó su trabajo a la Historia de la Medicina y a la Medicina Social Occidental desde una óptica crítica e izquierdista. Para más información, revisar en: Sigerist, H.E. (1951). *A History of Medicine: Vol. 1 Primitive and Archaic Medicine*. New York: Oxford University Press.

En la década de los 80, se reforzó la idea de que la medicina occidental¹² (también llamada biomedicina, medicina científica, cosmopolita o alopática) no podía ser un patrón universal de la antropología médica. Aunque autores como Mishler (1981) entendían a la biomedicina como una subcultura con creencias institucionalizadas y que podía ser estudiada desde la misma óptica como cualquier otra institución cultural. Martínez Hernández (1996) dejaría en claro que “sólo mediante una crítica del conocimiento biomédico puede mantenerse el sentido de simetría entre los diferentes sistemas médicos” (p. 374). Añadiendo que “no se trata de ejercer una simple asesoría a la biomedicina para que complete su empresa de inculcación, sino de hacerle ver, en su contraposición con los saberes populares, el juego de dominación en donde se inserta” (p.377).

Los conflictos conceptuales y epistemológicos por los cuales atravesó la antropología médica también involucraron tensionar la visión genérica que el modelo biomédico estaba omitiendo. Sobre ello, la antropóloga Mari Luz Esteban ha desarrollado abundante literatura (2001, 2004, 2006, 2007, 2010) problematizando la incorporación de la categoría de género y la perspectiva feminista¹³ en la antropología médica (o de la salud). En ese sentido, aclara en primer lugar que “llevar a cabo un análisis ‘de género’ no es hablar de hombres y mujeres sin más, sino aportar datos y explicaciones que explícita o implícitamente sirvan para entender el porqué de las desigualdades entre ambos grupos” (Esteban, 2007, p.70).

Los estudios de género en salud es un campo relativamente joven, así mismo, en constante expansión debido a diversos factores, uno de ellos fue la importante incorporación de mujeres a carreras universitarias de índole social y médico (Esteban, 2006). Ello permitió poner en la agenda académica nuevos objetivos e hipótesis de estudio, en los cuales las inequidades e injusticias vinculadas al género fueron motivos suficientes para profundizar en sus causas e

¹² Para el caso de Latinoamérica, los comienzos de la antropología médica, como explica el antropólogo Eduardo Menéndez (1985), se inició en los años 20 del siglo XX distinguiéndose tres periodos importantes dentro de este: 1920-1930 (estudios vinculados a la biomedicina, pero con bajo nivel de desarrollo teórico), 1940-1960 (mayor cantidad de estudios que vinculaban a los organismos de salud locales) y 1970 (estancamiento de la producción de estudios). Sin embargo, las bases teóricas y metodológicas se constituyeron entre la década del 40 y del 50, a partir de antropólogos, principalmente hombres y norteamericanos. Los estudios se realizaban en pequeñas comunidades rurales, donde los principales temas fueron las relaciones entre los médicos y sus pacientes, las enfermedades propias de la población y las terapias nativas.

¹³ La antropóloga transita entre la noción de perspectiva de género y feminista para explicar la importancia de la incorporación de la categoría de género en el ámbito de la salud.

implicancias en la sociedad tanto desde los procesos de salud y enfermedad, como de la vida cotidiana de las personas.

Otra situación clave que generó la inclusión de la perspectiva de género en salud, fue la “constatación de diferencias en los indicadores de salud de hombres y mujeres, en tanto en lo que se refiere a la morbilidad y utilización de servicios sanitarios como a los hábitos de salud” (Esteban, 2006, p.10). Esta situación ha sido de gran interés por parte no sólo de la antropología médica, sino también, de áreas disciplinares emergentes de los años 70 del siglo XX, como la epidemiología social (Kaufman & Mezones-Holguín, 2013) y la salud colectiva (Liborio, 2013).

La articulación de la perspectiva de género en salud implica comprender las categorías genéricas de un modo “fluido, dinámico, múltiple, híbrido” (Esteban, 2007, p. 70), esto quiere decir, que estamos en constante reconstrucción y cambio. Además, implica reconocer que somos seres corpóreamente subjetivos, por ende, los procesos de salud, enfermedad y atención no pueden ser homogéneos entre las personas. En consecuencia, tener una visión “genérica” de los procesos de salud y enfermedad desde la antropología médica, permite comprender el conocimiento desde una perspectiva de multiplicidad contextual, social, cultural e histórica.

A pesar de la importancia de relacionar la perspectiva de género con el ámbito de la salud, Esteban (2007) explica que ambos escenarios tienen una larga trayectoria de críticas y tensiones desde “las primeras reivindicaciones de los años setenta en torno a los centros de planificación familiar y el derecho al aborto” (p.73), pasando por las políticas neomalthusianistas de control de natalidad de la población en los años 80 (Stolcke, 2010), hasta la concepción de violencia por parte del personal de salud hacia las mujeres en sus procesos de gestación, parto y postparto en los últimos años (Sadler et al., 2016).

Atendiendo a lo señalado, ¿cómo podríamos articular políticamente la perspectiva de género y/o feminista a los procesos de salud, enfermedad y atención de las mujeres y, específicamente, al nacimiento?

2.3.2 Con/ciencia feminista para transitar desde una antropología médica crítica a una antropología del nacimiento

La antropología médica ante los acontecimientos presentados ha develado la necesidad de un enfoque crítico que estudie las categorías biomédicas en tanto productos de la vida cotidiana y social, y en respuesta a la concepción unidimensional y unicausal que el determinismo biológico al interior de la medicina ha pretendido entregar sobre los procesos de salud, enfermedad y atención de las personas.

Por ello y de cara a una mejor comprensión, desmenuzaré la trama de algunas categorías que, articuladas en el eje central de la antropología médica, han perpetuado una visión uniforme del problema real que implica no tener una perspectiva feminista de los sucesos de salud, enfermedad y atención, y que, en consecuencia, han repercutido gravemente en los procesos de salud sexual, reproductiva y afectiva de las mujeres y sus familias.

Para eso, iniciaré con desarrollar las siguientes nociones conceptuales: determinismo biológico, modelo biomédico y biopoder. Todas aproximaciones, tanto conceptuales como epistemológicas, que permitirán entender de mejor forma el complejo vínculo que existe y permanece entre las perspectivas feministas, enfoque de género en salud, los modelos de atención sanitarios y los procesos de salud, enfermedad y atención de las mujeres.

En ese sentido, la noción de determinismo biológico ha permanecido en una constante disputa con las ciencias sociales al momento de explicar y comprender la conducta humana y su condición social y cultural. Frente a esto, la antropología médica ha permitido ser el puente que articule una visión integral para abordar las complejidades sociales, políticas, económicas e históricas del ser humano. En ese sentido, el antropólogo Ángel Martínez Hernáez (2007) describe que el determinismo biológico:

Presupone una jerarquía en el orden de las cosas. En la base se encuentran los procesos biológicos que ejercen su determinación en la vida humana. Sobre esta base se disponen las conductas individuales y los procesos psicológicos en tanto fenómenos dependientes. Sobre este segundo estrato descansan las relaciones sociales y la producción cultural de símbolos y representaciones compartidos. (p.13)

Esto implica visualizar jerárquica y unidireccionalmente la comprensión de los factores primarios que condicionan a los seres humanos en sus comportamientos y vínculos otorgando prioridad a la categoría biológica por sobre lo social. Además, posiciona en un espacio individual “lo biológico” como categoría a-relacional e independiente de “lo social”, concepción que claramente no es sostenible en el tiempo.

Martínez Hernández (2007) inclusive se adentra en tensionar el término “biopsicosocial” utilizado frecuentemente en los contextos sanitarios como mediador entre las estructuras de “lo biológico” y “lo social”, ya que describe que “la jerarquía supuesta en el ámbito de las cosas aparece explicitada al hilo del propio término: bio-psico-social” (p.15). Es decir, la categorización dispuesta a nivel conceptual en el término replica la jerarquización que justamente se pretende evitar cuando se utiliza lo “biopsicosocial”.

No obstante, la solución ante el determinismo biológico no pretende ser determinista en sí misma, es decir, transitar hacia “lo social” como única respuesta a las condicionantes y vínculos sociales. En ese sentido, la antropología médica se ha percibido como vía antideterminista de cara a este dilema, ya que visualiza los procesos de salud, enfermedad y atención desde lógicas heterogéneas, no jerárquicas, holísticas, multicausales y multidimensionales.

Donde se concibe a priori que los procesos antes mencionados tienen un carácter dinámico y no unidireccional como el determinismo biológico quiere presentarlos. Al tener este carácter, complejiza la dimensión biológica de la situación transformándola en un acontecimiento de índole político-histórico y cultural-económico. Lo que en definitiva implica tener en consideración la interdependencia entre “lo biológico” y “lo social”, el tránsito entre ambos escenarios, y los factores que subyacen a estos.

El modelo biomédico desde la óptica antropológica implica “la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez, 2003, p.186). Además, se caracteriza por una serie de factores determinantes que estructuran su accionar como lo son el individualismo, el biologismo y el pragmatismo, entre otros elementos que “tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-

políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad” (Menéndez, 1985, p.600).

Por su parte, Martínez Hernández (2007), señala que el modelo biomédico puede explicarse a través de tres paradigmas básicos en la historia de la medicina occidental reciente, aunque enfatiza en que no son los únicos:

El método anatomoclínico permite la inclusión de la idea de lesión y de localización, la especialización progresiva del conocimiento y de la práctica biomédica y la vinculación de la enfermedad (...) mediante técnicas diversas que oscilan entre aquellas que componen la cirugía moderna y los métodos de visualización de signos. El paradigma bacteriológico, por su parte, dispone sobre el espacio o lugar creado por el método anatomoclínico la idea de causa biológica única que adquirirá carácter de principio biomédico para el entendimiento de las enfermedades, sobre todo infecciosas. Finalmente, (...) la biología molecular y sus biotecnologías asociadas reducen el origen de las patologías crónicas y degenerativas (...) al ámbito de la codificación celular y su tratamiento a la posibilidad de su recodificación. (p.24).

De acuerdo con lo expuesto, algunos sectores identifican que el modelo biomédico intenta reconocer las características psicosociales, culturales, políticas y económicas del contexto dándole una cierta “pluralidad” al modelo, no obstante, otros defienden que, a pesar de ello, las jerarquiza de igual manera como lo hace el determinismo biológico con sus estructuras (Hernández, 2007; Menéndez, 1985).

Sobre esto, en la década de los 70 se manifestó con gran ímpetu la crítica a la biomedicina por develar consecuencias negativas provenientes de su estructura y características. Estas iban desde afecciones iatrogénicas en la salud de los sujetos, el incremento en el gasto de la salud asistencial, hasta la medicalización de los aspectos fisiológicos en los procesos de salud de las personas. Las críticas se hicieron notar desde distintos escenarios, no obstante, existía unificación en catalogar a la biomedicina como “una institución que expresaría aspectos negativos o por lo menos conflictivos no sólo de sí misma, sino de la estructura social e ideológica dentro de la cual opera la medicina alopática y los sectores que la cuestionan” (Menéndez, 1998, p. 17).

Junto a lo expuesto, se añaden las críticas a las dinámicas internas del modelo médico que se interponen ante una relación fluida y horizontal entre las personas involucradas y los procesos de atención sanitaria. Estas dinámicas recaen en la “estructuración jerarquizada de las relaciones técnico-profesionales internas y externas a nivel de las instituciones, tendencia a la centralización y planificación, burocratización, dominio excluyente de los criterios de productividad y profundización de la división técnica del trabajo médico y paramédico” (Menéndez, 1998, p. 18).

Cabe destacar que las críticas desde diversos sectores, actrices y actores no omiten la importante labor que ha desempeñado el modelo biomédico en la sociedad en términos de disminuir la mortalidad y morbilidad, aumentar la esperanza de vida, manejo del dolor, entre otros eventos. Sin embargo, la estructura que rige el modelo en su concepción biologicista y todo lo que ello deviene al momento de interactuar y vincularse con las personas, permite problematizar y la necesidad de establecer nuevos horizontes para articular de mejor manera la relación salud/enfermedad/atención y médico/paciente.

Esos nuevos horizontes tienen relación con comprender los procesos de salud/enfermedad/atención como instancias dinámicas, genéricas, móviles y plurales, cuestiones extrapoladas no solamente a la medicina alopática, sino también, a la medicina tradicional y popular.

Por último, el filósofo Michel Foucault (2008) reconoce que uno de los principales fenómenos del siglo XIX fue la “consideración de la vida por parte del poder; por decirlo de algún modo, un ejercicio del poder sobre el hombre en cuanto ser viviente, una especie de estatización de lo biológico” (p.217). El poder de lo soberano le permite *hacer vivir y dejar morir* al súbdito. No obstante, el derecho como tal, se ejerce sobre la muerte: en el acto de matar, quitar vida o *dejar vivir* (Foucault, 2007). El poder que aquí se manifiesta, es el derecho que se tiene ante las cosas, el tiempo, los cuerpos y la vida; ahora el poder tiene la facultad de administrar la vida para su control y regulación.

Ese poder sobre la vida que Foucault menciona atañe dos instancias fundamentales. Por un lado, durante el siglo XVII se desarrolló una concepción del cuerpo como máquina, esto implicaba la existencia de una serie de “procedimientos de poder característicos de las

disciplinas” (Foucault, 2007, p.168) como la educación, las aptitudes, las utilidades y el costo-efectividad de los cuerpos, a lo cual el filósofo llamó: anatomopolítica del cuerpo humano. Por otro lado, hacia mediados del siglo XVIII, el foco de atención fue el cuerpo como cuerpo-especie, lo cual involucraba a los procesos biológicos de este, como la “proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad” (p.168). A lo que Foucault llamó: biopolítica de la población.

Para el filósofo, ambos escenarios fueron precursores para que se desarrollara una nueva técnica política de regulación y adoctrinamiento de los cuerpos. En definitiva “las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida” (Foucault, 2007, pp.168-169). Foucault recurre a esta comprensión para enunciar el surgimiento de una “nueva técnica de poder” la cual a diferencia de la disciplina que vigila, controla, utiliza y castiga al cuerpo individual, se “aplica a la vida de los hombres e, incluso, se destina, por así decirlo, no al hombre/cuerpo sino al hombre vivo, al hombre ser viviente; en el límite, si lo prefieren, al hombre/especie” (Foucault, 2008, p.220). Con toda esta premisa, se dio creación al “biopoder” como tecnología de poder sobre la población.

El filósofo Edgardo Castro (2004) académico especialista en Foucault explica la concepción de “biopoder” desde distintas aristas. La entiende como el poder sobre la vida a través de las políticas biológicas; como el poder sobre la muerte a través del racismo; como fundamento epistemológico en las teorías del derecho sobre el “derecho de la vida y la muerte”. Y en la sexualidad, cuando menciona las “técnicas disciplinarias del individuo con los procedimientos reguladores de la población” (p.58), la regulación a través de la sexualización de la infancia y la esterilización de las mujeres; y el control de natalidad y la psiquiatrización.

Junto a lo señalado, el “biopoder” se entiende, además, como una herramienta necesaria para el desarrollo y enraizamiento del modelo económico capitalista. Los cuerpos ahora no solo son disciplinados y vigilados, sino también, útiles como medios de producción económica. A grandes rasgos, éstas y otras cuestiones establecidas desde la “biopolítica” fueron los sucesos que en el siglo XVIII propiciaron una medicina centrada en la higiene, en los

cuidados médicos, “en la normalización del saber” (Foucault, 2008, p.221) y en la medicalización-sujeción de las personas.

En definitiva, la compleja trama articuladora que existe entre el determinismo biológico, el modelo biomédico y el biopoder –reflejado en el establecimiento del modelo médico dominante– sustenta toda una estructura de saber/poder que normaliza y regula la conducta humana a la vez que se mantiene alerta ante cualquier escape que este no pueda controlar y vigilar.

En ese sentido, las aproximaciones epistemológicas desde una perspectiva de género y feministas dispuestas en este apartado son, de alguna manera, fugas que el entramado: conocimiento/poder/ciencia/tecnología/patriarcado/capital/modernidad no pudo controlar, no obstante, siempre puede y quiere vigilar. A modo de ejemplo, uno de los contextos que asumió cierta rebeldía ante el modelo biomédico dominante y sus dispositivos, fue el contexto del parto en domicilio.

2.3.3 Culturas del nacimiento: una aproximación antropológica a la gestación, al parto y al parto en domicilio

Hablar de culturas del nacimiento involucra la existencia de una serie de tradiciones y ritos que se disponen en los distintos contextos geográficos del globo y que se traspasan generacionalmente entre comunidades en torno al evento único que significa el nacimiento. Desde similar enfoque, se habla también de “etno-obstetricia” (McClain, 1975) para recoger las diversas trayectorias –antropológicas– en las cuales las culturas disponen la asistencia de la gestación, parto y postparto (Hernández y Echevarría, 2014).

Atendiendo a las diversas transformaciones de índole geográficas, políticas, económicas, sociales e históricas (Behruzi et al., 2013); cuando aludo a las culturas del nacimiento no sólo me refiero al evento del parto propiamente tal y cómo este se experimenta en determinadas culturas, sino también, a toda la eventualidad que le rodea: a los procesos de maternidad y maternajes, a la gestación, al parto, al puerperio, a la lactancia, a la crianza, al vínculo con los acompañantes y el entorno, y a las dinámicas de atención e interacción con las

instituciones y sus dispositivos (Davis-Floyd, 2009; Foucault, 2008; Mead, 1935; Montes, 2007).

Desde esta óptica, “las culturas del nacimiento” se han transformado en una valiosa fuente epistemológica de estudio. Su carácter transicional ha llevado a autores, y principalmente a autoras, a profundizar en sus análisis desde paradigmas conservadores y biologicistas hasta nociones críticas vinculadas a las ciencias humanas y sociales cuestionando las formas en las cuales se han construido los imaginarios (Castoriadis, 1975) y representaciones sociales (Moscovici, 1979) en torno al nacimiento (Sánchez-Rivera, 2016).

En este sentido, la antropología mostró especial interés en el nacimiento humano como objetivo de estudio a partir de la década de los 70. No obstante, los trabajos de Margaret Mead con Niles Newton (1935, 1967) previamente, marcarían un precedente en las etnografías comparativas entre culturas del nacimiento. A pesar de ello, sería a fines del 70 del siglo XX, a partir del trabajo realizado por la antropóloga Brigitte Jordan (1980 [1978]), que emergería la llamada “antropología del nacimiento”.

A la etnografía de Jordan, se añaden otros trabajos como el de Nancy Stoller (1974), Carol McClain (1975), Sheila Cosminsky (1977), Sheila Kitzinger (1978), Ann Oakley (1980), Carol Laderman (1983), Nancy Scheper-Hughes (1997), Patricia Jeffery, Roger Jeffery y Andrew Lyon (1989), Ryana Rapp Reiter (1975, 1979, 2000), Margaret Lock (2001), Robbie Davis-Floyd (1992, 1994, 2000, 2001), entre otros aportes. Todas investigaciones que describieron los procesos de gestación, parto y nacimiento como eventos universales en cuanto acontecían e involucraban al cuerpo femenino, no obstante, articulados culturalmente desde diversas visiones y creencias culturales (Blázquez, 2005).

Los importantes análisis desarrollados al interior de la antropología del nacimiento¹⁴, han permitido develar la tensionante relación que existe entre la concepción de maternidad, la atención del parto y nacimiento, el vínculo con las instituciones y la relación de poder, la medicalización de la vida, y gran parte de los procesos fisiológicos que involucran la

¹⁴ También llamada en ocasiones “Antropología de la reproducción”, sin embargo, cuando se utiliza este concepto incluye, además, eventos como la reproducción asistida o la interacción entre los dispositivos institucionales y la atención obstétrica.

condición humana mujer. De este modo, una de las tensiones que dio cabida como objeto de estudio y preocupación por parte de la antropología del nacimiento, fue el traslado de la atención del parto en el hogar al interior de las instituciones sanitarias durante el siglo XVIII y posteriores.

La migración de la atención del parto producida por la industrialización de las grandes urbes (Ehrenreich y English, 2010 [1989], 2014 [1973]) implicó la visualización de los hospitales como espacios seguros de riesgos y libres de infecciones, situación que posteriormente evidenció todo lo contrario (Ehrenreich y English, 2014 [1973]). Esta concepción higienista y pulcra se asoció a la necesidad de disminuir las tasas de mortalidad materna que acontecían en la época. El control y vigilancia de los procesos de parto y nacimiento se transformaron en las estrategias de biopoder que el modelo biomédico desplegó en los *cuerpos-mentes* de las mujeres y sus familias, en tanto se tradujeron en cuerpos vigilados y mentes disciplinadas.

No obstante, Hernández y Echevarría (2014) añaden a esto que el nivel de educación, nutrición y mejoras en las condiciones de salubridad, fueron intervenciones fundamentales para disminuir las tasas de mortalidad de la época inclusive, más que la higienización de los nacimientos al interior de los hospitales. En palabras de Hernández y Echevarría (2014) “estamos ante un patrón asistencial que ha encontrado su justificación clínica en un supuesto pragmatismo epidemiológico convenientemente higienizado de las causas culturales, pero en cuya difusión y asentamiento han influido factores sociológicos curiosamente negados desde las ciencias biomédicas” (p. 330).

De esta manera, la atención del nacimiento al interior de los hospitales involucró toda una serie de fenómenos cargados de simbolismos y creencias que con la excusa de “salvaguardar” la vida de las mujeres, se apropió de sus cuerpos, conocimientos, significados y discursos; alienándola así de cualquier determinación sobre su propia corporeidad (Illich, 1975; Young, 2005).

De acuerdo con Hernández y Echevarría (2014), una de las características fundamentales en la “disminución” de riesgos en los partos es la utilización de tecnologías para mantener “todo bajo control”. Éstos aluden a “la introducción de la tecnociencia en los alumbramientos, y más concretamente en la creación de los primeros bioinstrumentos aplicados a éstos, como

el fórceps o el cloroformo” (p. 332). Por su parte, apoyando lo descrito, Viola, Bonet de Viola y Espinoza (2020) proponen que “la escisión teórica entre cuerpo y mente generada por el racionalismo iluminista justificó la objetivación del cuerpo y de esta manera la descorporalización de los procesos biológicos, entre ellos, el parto” (p. 3).

Los contextos señalados se traducen en la necesidad imperiosa por controlar y vigilar la corporeidad de las mujeres, en este caso, el proceso de parto y nacimiento. Esta necesidad se fundamenta y cobija en la visión defectuosa y patológica que se tiene sobre el cuerpo femenino por parte de todo un sistema cimentado en estructuras patriarcales, coloniales y capitalistas. La trabajadora social Natalia Magnone (2013) coincide en que “mientras el cuerpo masculino es tomado como ideal, el cuerpo femenino fue concebido históricamente como una máquina defectuosa” (p. 84).

La antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001), añade que las intervenciones realizadas durante el proceso de gestación y parto son mecanismos y estrategias del modelo biomédico hegemónico¹⁵ para hacer notar la condición defectuosa del cuerpo femenino y que al padecer esta condición “congénita”, requieren de intervención, uso de tecnologías y reparación.

Las escritoras Barbara Ehrenreich y Deirdre English (2010 [1989]), señalan el estado patológico *inherente* del cuerpo femenino establecido por la medicina cuando describen que:

Las teorías que rigieron el ejercicio de la medicina entre finales del siglo XIX y principios del XX consistían en que el estado normal de la mujer era estar enferma. Y no se proponía como observación empírica, sino como dato fisiológico. (p. 157).

A esto, se añade que el material de divulgación científico escrito por médicos de la época, indicaba explícitamente “el carácter patológico del propio nacimiento, un argumento que era además esencial en su campaña contra las comadronas. Tras el parto, insistían en que hubiera un periodo prolongado de convalecencia equivalente al ‘confinamiento’ que lo había precedido” (Ehrenreich y English, 2010 [1989], p.159).

¹⁵ La noción de “modelo biomédico hegemónico” fue desarrollada por el antropólogo Eduardo Menéndez para explicar el rol dominante que ejerce el sistema médico occidental como estrategia y herramienta de control social en la población (Menéndez, 1985, 2003).

La antropóloga Michelle Sadler (2016), precisa en el tipo de conocimiento que sustenta el paradigma biomédico y lo enuncia como “tecnocrático” más que biomédico. Particularmente, retoma la concepción de Davis-Floyd (2004) en tanto describe el ritual de parto tecnocrático “como aquel donde la tecnocracia reina, donde la mujer parturienta y el bebé que nace son conceptualizados como la *máquina* que gesta y el *producto* de esa gestación” (Sadler, 2016, p. 46).

Así, la obstetricia moderna pasó a (pre)ocuparse del cuerpo máquina defectuoso que componía la subjetividad femenina, para normalizarlo y condicionarlo a los estándares científicistas que el modelo biomédico hegemónico establecía. Por lo tanto, el cuerpo femenino pasó a tener un lugar pasivo, habilitador de prácticas interventivas, naturalizándolas como estrategias de “cuidado” y “seguridad” ante los riesgos que su propio cuerpo desarrollaría tanto en el proceso de gestación como en el parto (Young, 2005).

Como explican Viola, Bonet de Viola y Espinoza (2020) “la estandarización de los nacimientos posibilitó un proceso de industrialización, que asimilaría las instituciones de parto a ‘fábricas’ de parir” (p. 5). La productividad que se desarrolló tras la reproductividad de los nacimientos generó una interesante “alianza comercial”, la cual omitió la histórica dicotomía *productivo/reproductivo* para retroalimentarse entre fraternidades expresadas en las figuras del capital, el patriarcado y lo colonial con el principal objetivo de asegurar la fuerza de trabajo a partir del nacimiento de individuos: sanos, útiles y productivos.

Sobre esto, la antropóloga María Isabel Blázquez (2005), añade la noción de tres enfoques reproductivos “primero la reproducción social o sistémica; segundo, la reproducción de la fuerza de trabajo y, por último, la reproducción biológica” (p. 4). Frente a esto, la autora señala que “no solo tiene relevancia el aumentar el número de individuos de una sociedad (reproducción biológica) sino también, las condiciones que garantizan que esta reproducción asegure la fuerza de trabajo” (pp. 4-5).

Esta trama capitalista, es la que articula paradójicamente lo “productivo” con lo “reproductivo”. Este es el mecanismo con el cual el capital y sus estructuras le hacen creer al mundo que disponen interés en “lo reproductivo” al llevarlo al escenario público. Haciendo supuesto oído a las históricas demandas de los movimientos feministas por visualizar y

problematizar las tensiones internas de lo privado en lo público, sin embargo, lo que hace la estructura capitalista y sus dispositivos de control y vigilancia, es manipular las pretensiones e intereses en lo reproductivo con el único fin de obtener beneficios y ganancias a nivel productivo.

En esa maquiavélica articulación el modelo biomédico es fundamental, ya que actúa como intermediario entre la mujer y el capital. Una de las manifestaciones perversas de aquello, es lo que plantea Davis-Floyd (2009) cuando explica el devenir del *ritual del parto hospitalario* en la categorización de tres modelos principales de la atención al parto: el modelo tecnocrático, humanista y holístico.

Así, el modelo tecnocrático según Davis-Floyd (2009):

Asume que el universo es mecanicista, que sigue las leyes predecibles que el ilustrado puede descubrir mediante la ciencia y manipular mediante la tecnología para reducir su dependencia de la naturaleza. En este modelo, el cuerpo humano se considera una máquina que se puede desmontar y volver a montar para asegurarse que funciona adecuadamente. En el siglo XVII, la utilidad práctica de esta metáfora del cuerpo - como- máquina residía en la separación de cuerpo, mente y alma. El alma podía dejarse a la religión, la mente a los filósofos y el cuerpo podía abrirse a la investigación científica. (p. 61).

Un claro ejemplo de lo descrito es el tiempo. El tiempo es un factor determinante y fundamental del modelo tecnocrático. Una mujer que ingresa con trabajo de parto al hospital estará siempre contra reloj –el reloj biomédico claro está–, ya sea porque tardó en dilatar, porque se demora en parir, porque la placenta demora en alumbrar, porque el útero tarda en retraerse, porque no sale el calostro, y así una serie de sucesos que confluyen en la “demora” de la mujer en llevarlos a cabo.

Aquí entra todo el dispositivo tecnológico con su *conocimiento autorizado* (Jordan, 1980 [1978]) para apresurar y concluir la *labor* (Arendt, 2009 [1958]) que la mujer no logró hacer. Así, ingresa la oxitocina sintética para “ayudar” a dilatar, el fórceps o la episiotomía para “ayudar” a parir, o directamente la cesárea para que el feto salga vivo y sano.

Todo este entramado de intervenciones está permeado de transformaciones en el conocimiento y prácticas corporales que internalizan las mujeres y su entorno, ya que asumen que el *conocimiento autorizado* reflejado en el modelo biomédico es el que sabe y conoce el funcionamiento de *sus* propios cuerpos (Scheper-Hughes, 1997). En consecuencia, “al internalizar el modelo tecnocrático, las mujeres llegan a aceptar la idea de que el cuerpo femenino es inherentemente defectuoso” (Davis-Floyd, 2009, p. 72).

El segundo modelo que describe Davis-Floyd (2017) es el humanista, y lo define como:

Un sistema más humanístico, o sea, bio-psico-social, un sistema que trata al unísono la biología, los factores psíquicos y el ambiente social de la parturienta. En este modelo, en contraposición con la consideración de separación entre mente y cuerpo del modelo tecnocrático, se entiende que hay conexión entre mente y cuerpo, se tiene en cuenta las hormonas (...). En este paradigma, el cuerpo se define no como una maquina sino como un organismo. Podemos observar que este modelo está muy basado en la ciencia porque ciertamente el cuerpo es un organismo no una máquina, a la paciente se la percibe como sujeto, no como objeto. (p.7).

Un ejemplo de este modelo se aprecia en la incorporación del enfoque “biopsicosocial” en la atención de la gestación y nacimientos en –algunas– instituciones sanitarias. Asimismo, la adecuación tanto estética y arquitectónica como simbólica y práctica de las unidades obstétricas para la atención del parto en las llamadas Salas de Atención Integral al Parto (SAIP). Aquí, la mujer que va a parir se interviene lo menos posible, se le “permite” estar acompañada y se respetan todos los procesos fisiológicos del nacimiento y postparto, entregando una atención propia de un “parto respetado” y/o “humanizado”.

Finalmente, el modelo holístico para Davis-Floyd (2009) “subraya la organicidad y la fiabilidad del cuerpo femenino, el carácter rítmico del trabajo de parto, la integridad de la familia y la auto-responsabilidad” (p. 81). Las mujeres que optan por el modelo holístico de atención al nacimiento son las que frecuentemente tienen sus partos en el domicilio, ya que “consideran que la seguridad del bebé y las necesidades emocionales de la madre son lo mismo. El parto más seguro para el bebé será aquel que proporciona el medio que colme más a la madre” (Davis-Floyd, 2009, p. 81).

Junto a los modelos descritos, se añaden los propuestos por la filósofa Michelle Piperberg (2016). El modelo paternalista, el cual implica un enfoque de vulnerabilidad que tiende a otorgar preocupación y cuidado a los pacientes, a través del paternalismo o tutela. A modo de ejemplo, es la visualización del profesional de la salud como el “guardián” que vela por la salud de la mujer.

El modelo informativo, implica una autonomía exacerbada por parte del usuario/a. Este modelo asume que “el sanitario debe limitarse a transmitir y facilitar información, y que el usuario no necesita del sanitario, acompañamiento o asesoramiento (...) sólo información y puesta en práctica (Piperberg, 2016).

Finalmente, el modelo deliberativo, intenta consensuar los modelos previamente descritos, ya que “reconoce que la relación asistencial parte de unas estructuras de poder desigual y el objetivo es aumentar la autonomía y empoderamiento del usuario mediante aquello que se cree que es una interpretación más adecuada de la autonomía” (Piperberg, 2016, p. 107).

En definitiva, todas las aristas involucradas en el abordaje presentado sobre la antropología del nacimiento permiten cuestionar los mecanismos de interacción y control entre el modelo biomédico hegemónico y la población que se “beneficia” de este. Leer las dinámicas de dominación estructurales desde una posición crítica y situada, nos permite generar aperturas prácticas y reflexivas con el objetivo de cuestionar(nos) la posición histórica que hemos establecido en nuestra condición de “pacientes” y enunciarnos desde lugares activos y colectivos ante los procesos de salud, enfermedad y atención, con el fin de poder decidir libremente dónde, cómo y con quién parir.

2.4 PERSPECTIVA SOCIAL Y SANITARIA DEL PARTO EN DOMICILIO

“De ahí en adelante el embarazo y el parto ya no son, o ya no deberían ser, enfermedades. En cuestión de varias décadas, a pesar de que no se produce una mejora notable de los medios técnicos relativos al nacimiento, el embarazo y el parto pasan del universo de la enfermedad al de la salud. Para entender este cambio es necesaria la participación de un tercer término: la nación. La cuestión se convierte en la siguiente: ¿cómo favorecer la natalidad si el parto se considera la enfermedad de las mujeres por excelencia y si la madre es sólo una de las múltiples versiones patológicas de una constitución femenina considerada débil por naturaleza?”

La matriz de la raza. Genealogía sexual y colonial (Dorlin, 2020 [2006], p.174).

El panorama global del parto en domicilio representa un importante desafío para abordar las inequidades sociales que refleja la ausencia –en gran parte de países– de políticas públicas sanitarias y sociales que otorguen financiamiento y jurisprudencia en su reconocimiento como práctica segura. En ese sentido, el desarrollo de directrices que orienten su realización ha quedado obstaculizado producto de la escasa visibilización que su atención profesional ha tenido.

A su vez, la responsabilidad de reflexionar sobre este fenómeno como problemática de salud pública, ha quedado relegado a la sociedad civil, más no a los sectores y actores involucrados en la atención sociosanitaria del nacimiento humano. Por ello, este capítulo pretende entregar mayores antecedentes que permitan visualizar las dimensiones sociales y sanitarias que comprende la atención del parto en domicilio. En ese sentido, dentro de las cuestiones sociales que le rodean, se considerarán principalmente los aspectos jurídicos y económicos

que influyen en su ejecución, los cuales permitirán comprender su proyección aplicada en el ámbito sanitario de cara al contexto internacional y chileno.

2.4.1 Perspectiva social del parto en domicilio

De cara a la tensión legal que rodea la realización del parto en domicilio, han existido una serie de casos que reflejan la escasa jurisprudencia en materia de derechos sexuales y reproductivos que resguarden el derecho fundamental de elegir dónde y con quién parir, por un lado, y el derecho a entregar atención profesional del nacimiento en domicilio, por otro.

Un ejemplo de ello es el caso de “Ternovszky contra Hungría” en 2010. Anna Ternovszky de nacionalidad húngara, recurrió ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos argumentando el impedimento por parte del Estado Húngaro de proveer asistencia profesional para llevar a cabo su parto en domicilio. La demandante afirmó que recibió discriminación en su derecho legítimo por la vida privada y familiar (en virtud del artículo 8 de la Convención de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales)¹⁶ al momento de estar gestando y desear un parto planificado en domicilio. En su respuesta, el Estado de Hungría argumentó que el artículo 8 no imponía una obligación positiva de aumentar las opciones disponibles dentro del sistema sanitario a la vez que existía un consenso profesional de cara a la inseguridad que implica el parto en domicilio versus el hospitalario. No obstante, la Corte dictaminó a favor de la demandante, en tanto sentenció que los derechos legales y la elección de dónde realizar el parto es una cuestión fundamental de derechos humanos (European Court of Human Right, 2010).

El caso descrito es uno de los pocos que han marcado precedente en esta materia. En ese sentido, distinto desenlace tuvo la sentencia de la Gran Sala en el caso de “Dubská y Krejzová versus República Checa” en 2016. Juicio llevado al Tribunal Europeo de Derechos Humanos

¹⁶ Artículo 8 “Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás”. (Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales CEDH, Art.8).

por Šárka Dubská y Alexandra Krejzová. Ambas denunciaron la prohibición por parte de la legislación checa para que profesionales de la salud matronas atendieran sus partos en domicilio. El tribunal¹⁷, en esta ocasión, sentenció seis votos contra uno que no existía transgresión al derecho de la vida privada de las demandantes, desestimando la acusación de violación al artículo 8 de la Convención (European Court of Human Right, 2016).

Similar resultado tuvo el caso “Pojatina versus Croacia” en 2018, donde Ivana Pojatina demandó al Estado de Croacia ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos por violar los artículos 8 y 13¹⁸ de la Convención. En este caso, Ivana Pojatina, tras haber parido a sus tres hijos en un hospital, decidió tener su cuarto parto en su domicilio. Al no encontrar matronas croatas que acompañaran su decisión, ya que esta función no está amparada por la ley ni protocolos sanitarios, optó por contratar a una matrona extranjera. Una vez dio a luz, al ingresar a los controles postnatales y al inscribir al recién nacido, se percató de las barreras institucionales que se generaron producto de haber parido fuera del hospital. Presentados los antecedentes, el tribunal declaró por unanimidad que no existió violación al artículo 8 de la Convención (European Court of Human Right, 2018).

A los casos descritos, se añade lo sucedido recientemente en la ciudad de Oviedo, España, cuando una mujer que portaba una gestación de 42 semanas acudió a un control de rutina a su hospital de referencia. Al interior de este le propusieron realizar una inducción, no obstante, la mujer había planificado un parto en domicilio junto a su matrona tratante. Al regresar a su casa comenzó con trabajo de parto, al día siguiente dos policías y una ambulancia se encontraban afuera de su domicilio con una orden judicial para llevarla al hospital con el propósito de realizarle la inducción. Posterior a una serie de intervenciones médicas el trabajo de parto culminó en una cesárea. Ante lo acontecido, la mujer recurrió a los tribunales españoles, no obstante, el Tribunal Superior de Justicia del Principado de

¹⁷ El tribunal compuesto principalmente por hombres ratifica la compresión patriarcal imperante en la jurisprudencia internacional en materia de derechos sexuales y reproductivos que involucra el derecho a decidir de las mujeres y sus familias.

¹⁸ Señala que toda persona cuyos derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio hayan sido violados tiene derecho a la concesión de un recurso efectivo ante una instancia nacional, incluso cuando la violación haya sido cometida por personas que actúen en el ejercicio de sus funciones oficiales (Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales CEDH, Art.13).

Asturias desestimó el recurso de apelación contra la sentencia del Juzgado, confirmando el ingreso forzoso para inducir el parto hospitalario por ser una paciente de riesgo (Diario La Ley, 2020; Parir en libertad, 2019).

A pesar de la clara tendencia en los dictámenes mencionados, sorpresiva fue la resolución del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en febrero de 2020, ante una demanda por violencia obstétrica al Estado español (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer [CEDAW], 2020). Los hechos describen la realización de una serie de actos perpetrados por el equipo médico hacia una mujer que cursaba una gestación fisiológica de 39+6 semanas. Dichos actos se describen por la demandante como posición de litotomía obligatoria, malos tratos por parte del personal de salud, reiterados tactos vaginales sin justificación médica, episiotomía, administración de oxitocina sintética de rutina, infección por una bacteria (*E. Coli*) producto de los reiterados tactos vaginales y suspensión de la lactancia materna.

Todos estos actos tuvieron como consecuencia un trastorno por estrés postraumático y sesiones de fisioterapia para recuperar el daño en el piso pélvico ocasionado por la episiotomía realizada. Ante lo señalado, el Comité dictaminó que todos los hechos ponen de manifiesto la vulneración de derechos de la demandante, obligando al Estado parte: a proporcionar reparación apropiada, incluida la indemnización financiera por los daños físicos y psicológicos. Asimismo, a realizar estudios sobre violencia obstétrica que permitan visibilizar la situación y orientar las políticas públicas de lucha contra la violencia, entre otras obligaciones (CEDAW, 2020).

Se observa que los marcos legislativos que apoyan o deslegitiman la realización del parto en domicilio afectan de similar manera tanto a las mujeres que desean llevarlo a cabo, como a las profesionales de la salud que lo acompañan. Un ejemplo de esto fue la conocida detención de la ginecóloga y matrona Agnes Gereb producto de la atención de un parto fuera del hospital en Hungría. En este caso, la “irregularidad” quedó evidenciada en el vacío legal que obstaculiza la atención del nacimiento tanto en el parto en domicilio como en casas de partos. Como señala la matrona Judy Slome Cohain (2018), en Hungría el parto en domicilio no es ilegal, sin embargo, los profesionales de la salud que deseen llevarlo a cabo deben contar con

una licencia del Servicio Nacional de Salud Pública y Oficiales Médicos de Hungría, no obstante, refiere que es casi imposible obtenerla (Slome Cohain, 2018).

A partir de los casos expuestos, la psiquiatra Ibone Olza (2019) perito experta en el caso de Oviedo en España, señala:

En última instancia creo que lo que subyace aquí, una vez más, es el constante y cansino cuestionamiento y juicio a las madres tan propio del patriarcado. Los médicos que avisan al juez que a su vez autoriza el traslado forzoso, todos ellos cuestionan que esta madre quiera lo mejor para su bebé. No confían ni respetan su criterio, cuestionan que ella sepa cuidarse, niegan su capacidad para decidir sobre su cuerpo con la información en la mano, incluso cuando se trata, como en este caso [Oviedo, España], de una mujer licenciada universitaria que lleva un seguimiento doble del embarazo tanto en la sanidad pública como con su matrona privada. (Olza, 2019).

Sin duda la jurisprudencia en materia de derechos sexuales y reproductivos que afectan a las mujeres y sus decisiones contiene un importante valor moral y genérico asociado a los derechos humanos fundamentales tal como lo aborda la ética feminista (Jaggar, 2014). El valor moral se dispone en la presunción por parte de los jueces de que el lugar más apto, responsable y seguro para dar a luz es la institución sanitaria. El valor genérico, por su parte, le añade al valor moral la obligación que corresponde a cada género en materia de salud y cuidados. Por ello, los procesos de salud reproductiva de la mujer *deben* realizarse bajo el alero del modelo biomédico en tanto su cuerpo es visto y tratado como *objeto* de vigilancia y control.

En ese sentido, la decisión de parir en domicilio no pasa tan sólo por la información o “empoderamiento” que posea la mujer y su familia, sino más bien, por los aparatos institucionales que le permitan llevarlo a cabo. Bajo esta perspectiva, el aparataje institucional no sólo se evidencia en la jurisprudencia que los países posean sobre la atención del parto fuera del hospital, sino también, en cómo las políticas sanitarias se conjugan para entregar este servicio; situación que responde entre otras variables, al presupuesto económico que cada país otorgue a sus políticas sanitarias de atención a la gestación y nacimiento como prioridad en salud pública.

En esa línea, países como Islandia, Dinamarca, Países Bajos, Reino Unido y Australia, el parto en domicilio está protocolizado y financiado por la seguridad social. De igual manera que está normada y bien articulada la transferencia entre el hogar y el hospital en el caso de traslado (Halfdansson et al., 2015; Hutton et al., 2016; Ortega-Barreda et al., 2017). En Suecia y Canadá el parto en domicilio está financiado, aunque sólo en algunas provincias (Janssen et al., 2002; Lindgren & Erlandsson, 2010). En España y Estados Unidos, por su parte, está protocolizado en normativas técnicas sanitarias, sin embargo, el coste económico es de carácter privado a cargo de la mujer que lo lleva a cabo (Ortega-Barreda, et al., 2017), acentuando el privilegio de algunas mujeres de tener un parto en domicilio por sobre otras.

En países en vías de desarrollo como Indonesia e India (Banco Mundial, 2020) la realidad del parto en domicilio está asociada tanto a características socioculturales como económicas. Por un lado, lo significan como un acontecimiento cultural y étnico otorgándole una representación identitaria al nacimiento, y por otro, señalan la precarización sanitaria del sistema de salud al no contar con suficientes matronas que acompañen los partos en domicilio, sobre todo, en las zonas más rurales del país. Lo que hace que no sea una opción sino más bien, una práctica de cara a la precariedad sanitaria (Laza, 2015; Titaley et al., 2010)

En el caso de América Latina, la realidad social y cultural de los nacimientos es heterogénea dentro de la región, ya que responde no sólo a variables económicas y legales, sino también, a sus contextos geopolíticos. La existencia de parteras empíricas, curanderas y casas de partos tradicionales, hace que el escenario cultural del parto en domicilio sea todo un acontecimiento que rodee al fenómeno del nacimiento.

En Sudamérica, específicamente en Bolivia, Brasil, Perú, Uruguay y Argentina, el parto en domicilio no es ilegal, sin embargo, su realización no cuenta con aceptación institucional ni es financiado por el sistema de salud. Para el caso de Bolivia, Perú, Brasil y algunos sectores de Argentina, cuentan con “parteras empíricas”, figura caracterizada por obtener sus saberes a través de relatos que trascienden de generación en generación. No obstante, al no tener una preparación universitaria, no son aceptadas en gran parte de las instituciones de salud (Carvajal et al., 2018).

2.4.2 Perspectiva sanitaria del parto en domicilio

Los modelos de desarrollo y progreso instaurados posterior a la industrialización de las grandes urbes durante los siglos XVIII-XIX, la incorporación de médicos hombres al arte de la partería y la higienización del parto, fueron algunas de las causas que produjo la medicalización y tecnocratización del nacimiento (Ehrenreich y English, 2014 [1973]; Odent, 2014; Zárate, 2008).

En esa línea, Hernández y Echevarría (2014) señalan que existe una “búsqueda utópica del riesgo cero que ha provocado una auténtica revolución en el modo de dar a luz” (p.328) generando repercusiones hasta nuestros días. Asimismo, Davis-Floyd (2009) plantea que el desarrollo del modelo tecnocrático propio del modelo biomédico de atención en salud confluyó en la excesiva medicalización del parto.

De acuerdo con esto, las intervenciones quirúrgicas realizadas por motivos específicos terminaron siendo el patrón común de las experiencias de parto en la actualidad. Similar situación ocurrió con la patologización de las gestaciones, siendo uno de los objetivos principales del modelo biomédico “reparar” la condición “defectuosa” de la mujer gestante (Contreras y Fernández, 2017).

La excesiva medicalización y tecnocratización del parto y nacimiento se manifestó en la realización de intervenciones, tanto quirúrgicas como procedimentales, de manera injustificada en contextos fisiológicos de gestaciones y partos, inclusive muchas de ellas, desaconsejadas por los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Dentro de estos procedimientos se destacan: la cesárea y episiotomía de rutina, la maniobra de Kristeller, el recorte del vello púbico, la aplicación de enema, la posición de litotomía obligatoria, la aplicación de oxitocina sintética, los tactos vaginales reiterados, entre otros procedimientos (OMS, 2019).

La implementación de este modelo y sus intervenciones involucraron complicaciones a corto, mediano y largo plazo, ya que alterar y transformar médicamente las formas de venir al mundo, conlleva importantes consecuencias que inciden en el desarrollo psicológico,

cognitivo, afectivo y físico de las mujeres, repercutiendo directamente en su bienestar y en el de su entorno (Odent, 2014; Olza, 2020).

Sobre esto, la psiquiatra Ibone Olza utiliza la perspectiva “ecosistémica” para explicar cómo las determinantes individuales y sociales afectan el nacimiento (Olza, 2020). Esta perspectiva se basa en la “teoría ecológica” propuesta por el psicólogo Urie Bronfenbrenner (1979), la cual señala que el desarrollo y transformación de los individuos se ve directamente afectado por las condiciones propias y externas a este (Bronfenbrenner, 1979). En ese sentido, Olza (2020) añade que la mirada ecosistémica del nacimiento es fundamental, ya que nos permite tener una visión global de la situación en donde el foco sea la mujer, el recién nacido y el entorno que les rodea.

Otra expresión de lo señalado apunta a los efectos a corto y mediano plazo del uso de oxitocina sintética de rutina para inducir los partos. Una revisión bibliográfica realizada en 2014 describió dentro de las principales consecuencias de su uso: la alteración en el funcionamiento de los receptores endógenos oxitócicos, la epigenética y la desregularización de los receptores por una pausa en la transcripción del gen ARNm en el receptor 20, la reactividad ante el estrés y la ansiedad del uso de oxitocina sintética en niveles atípicos, la interrupción en el comportamiento materno y el vínculo madre e hijo/a, y la alteración en la lactancia materna al utilizarse oxitocina sintética durante el parto (Bell, Erickson & Carter, 2014).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud ha elaborado diversos informes abordando esta problemática desde la salud pública. Entre sus declaraciones destacan la realizada en Fortaleza, Brasil, la cual señala el uso de tecnologías durante el parto estableciendo una serie de recomendaciones, dentro de las más destacadas, se menciona el porcentaje idóneo por país para la realización de cesáreas: 10 y 15% (OMS, 1985).

Se suma a lo anterior el documento “Cuidados en el parto normal: una guía práctica”, el cual pone de manifiesto la inapropiedad de las intervenciones realizadas desde la medicina basada en la evidencia (OMS, 1996). También se encuentran las recomendaciones para la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, las cuales enfatizan en el derecho por parte de todas las mujeres a recibir

el más alto nivel de cuidados en salud basándose en un trato digno y respetuoso durante la gestación y el parto, junto al derecho a no recibir violencias ni discriminaciones (OMS, 2014).

Y más recientemente, las “Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”, las cuales expresan la importancia de la atención respetuosa de la maternidad, el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, la libre movilidad y posición de la madre, el pinzamiento tardío del cordón y el contacto piel con piel, entre otras recomendaciones específicas. Del mismo modo, desaconseja explícitamente el rasurado del vello púbico, el enema al ingreso, la limpieza vaginal, el manejo activo del parto, la realización de episiotomía y la presión del fondo uterino (maniobra de Kristeller) (OMS, 2019).

La excesiva medicalización del parto no es un evento aislado, del mismo modo que no se puede comprender unidimensionalmente. Como cualquier fenómeno de estas características, implica una serie de sucesos que relacionados con la intervención propiamente tal reflejan elocuencia en su actuar. Es así como los eventos descritos inmiscuyen una serie de malos tratos, faltas de respeto y agresiones tanto físicas como psicológicas que se generan paralelamente a la realización de intervenciones injustificadas hacia las mujeres gestantes y púerperas, afectando tanto su bienestar como el de sus familias (Sadler et al., 2016).

A partir de esto, Venezuela en 2007 fue el primer país que dispuso en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la penalización de la violencia ejercida hacia las mujeres gestantes o púerperas durante el proceso de atención al parto y postparto. Reconoce en la ley el término “violencia obstétrica” y lo define como “la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de la salud” (Ley, 2007, Art. 15, n°13).

El concepto de violencia obstétrica ha sido ampliamente utilizado desde la academia, así también, por organizaciones de la sociedad civil (Castro & Savage, 2019; Goberna-Tricas & Boladeras, 2019; Jardim & Modena, 2018; Sadler, Leiva & Olza, 2020). Recientemente, en 2019, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Dubravka Šimonović en la Asamblea General de Naciones Unidas, emitió el informe

“Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud productiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019).

Este informe, además de marcar precedente en tanto es la primera vez que una organización de reconocimiento internacional utiliza el término violencia obstétrica, señala algunas recomendaciones sobre la problemática estructural y sus causas de cara a la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva y el manejo de la violencia obstétrica, además de instar a los Estados partes a cumplir con los derechos humanos sexuales y reproductivos visibilizando esta materia y condenando oportunamente a las entidades que los trasgredan (ONU, 2019).

No obstante, a ello, las organizaciones de la sociedad civil han sido persistentes en sus demandas declarando no sólo el carácter punitivo que debiesen tener estos actos, sino también, emplazando a las instituciones sanitarias y a los equipos médicos a hacerse responsables de esta situación. En ese camino, han visibilizado el parto en domicilio como una forma válida y segura para dar a luz en la actualidad como una alternativa pública y universal para todas las mujeres que lo requieran y puedan llevarlo a cabo (De Jonge et al., 2009; Handelzalts, Zacks & Levys, 2016; Wood et al., 2016; Scarf et al., 2018).

2.4.3 Panorama de la atención socio-sanitaria del parto en domicilio en Chile

La contextualización del parto en domicilio en Chile deviene de un recorrido político, social y sanitario, que ha impactado fuertemente en las políticas sanitarias en materia de derechos sexuales y reproductivos, sobre todo, en los últimos sesenta años del siglo XX.

En ese sentido, hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, se fomentó la profesionalización de matronas en la Casa de Maternidad de Santiago, las cuales, hasta ese entonces, eran las encargadas de acompañar los partos. La atención del nacimiento se mantuvo celosamente en esos espacios, sobre todo, en las zonas más alejadas de la capital. Otra realidad se vivía en Santiago, donde la cantidad de médicos era mayor, no obstante, su presencia en el parto sólo era en hospitales o bien cuando existía riesgo vital de la mujer en

el domicilio, ya que su asistencia requería un coste económico que no todas las mujeres podían financiar (Zárate, 2010).

A mediados del siglo XX, el domicilio continuaba siendo el lugar de preferencia para dar a luz junto a la compañía de una partera, mujeres de la familia, matrona o meica¹⁹, las cuales eran las encargadas por excelencia de acompañar los partos, no obstante, ya se observaba un 60% de nacidos vivos en la capital, producto de los partos asistidos por profesionales sanitarios (Zárate, 2008, 2010).

La profesionalización de las matronas y la incorporación de los médicos en el parto colaboró en que el nacimiento se fuera transformando en una estrategia política y demográfica de utilidad para el control de la población. Las preocupaciones sanitarias tras la crisis social de la época permearon las políticas de natalidad y sus implicaciones biopolíticas en la vida de las mujeres y familias chilenas. De este modo, le era útil al sistema mantener institucionalizadas a las mujeres madres pobres en tanto aseguraban un futuro ciudadano productivo. Así lo describe Zárate (2010):

Aun cuando el parto y el cuidado de la madre pobre siguieron mayoritariamente en manos de matronas y parteras durante las primeras décadas del siglo XX en Chile, las nuevas generaciones médicas –influenciadas por el pensamiento eugenésico europeo y las desventuras de la pobreza femenina urbana local– convirtieron la asistencia del parto en una materia pública que excedía la frontera del ámbito clínico, para ser también uno de los ejes de la ‘cuestión social’ y parte de una política estratégica en pos del descenso de los índices de mortalidad materna y neonatal. (p.18).

A la preocupación por la cuestión social que implicaban las altas tasas de mortalidad materna y neonatal, se sumó la transformación en la atención de la gestación y nacimiento con el

¹⁹ “Las meicas o curanderas aplicaban, además de oraciones, una serie de procedimientos empíricos como agüitas, caldos, emplastos, hierbas, etc..., destinados a devolver la salud a la persona enferma. Este conjunto de procedimientos se puede caracterizar como prácticas curativo-rituales entendidas dentro de una cosmovisión que, generalmente, no pertenece al ámbito de lo oficial, profesional o moderno”. (Biblioteca Nacional de Chile, 2018. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-96477.html#:~:text=La%20meica%20puede%20ser%20de,es%20siempre%20de%20ascendencia%20mapuche>)

objetivo principal de “garantizar el nacimiento de ciudadanos, y particularmente trabajadores sanos y productivos, útiles al desarrollo industrial que la economía local experimentaba y el Chile moderno requería después de la década de 1920” (Zárate, 2010, p.18). En ese sentido, la participación del Estado como actor principal de una biopolítica centrada en el control de la población, generó en 1924 la creación de la Ley de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, lo que permitió asistir una cantidad de 22 mil partos hacia 1938 (Zárate, 2010).

No obstante a ello, la “preocupación sanitaria” por las mujeres madres pobres no se reflejaría en medidas estructurales a corto y mediano plazo; el excesivo trabajo físico, el poco cuidado en el periodo prenatal y las precarias condiciones sanitarias para la atención del parto y postparto, fueron algunos de los efectos que acarrearón las reformas estatales de la época y que dejaron a la vista las paupérrimas condiciones sociales, laborales y sanitarias en las cuales las mujeres obreras y pobres debían gestar, maternar y criar (Zárate, 2010).

Así, a pesar del aumento que se evidenciaba en la atención sanitaria del parto durante la primera mitad del siglo XX producto de la transición desde el domicilio hacia el hospital, se observaba la cruel realidad de las mujeres populares que el Chile empobrecido ocultaba. De esta manera, el aumento en la atención del parto institucional reflejó, por un lado, la opción más digna para dar a luz de cara “al cuarto sucio, al conventillo maloliente o a la casucha en ruinas en que vivían las mujeres pobres de Santiago” (Zárate, 2010, p.23) y, por otro lado, “complicado porque las ponía en la encrucijada respecto de qué hacer con los otros hijos o parentela que dependían de su presencia y cuidados” (p.23).

Las precarias condiciones sociales y sanitarias en las cuales habitaban las mujeres empobrecidas las obligaba a tomar la decisión más ventajosa al momento de dar a luz, las medidas asistenciales e higiénicas que proveían los hospitales además de entregarles una atención profesional, las protegía de las dinámicas violentas al interior de sus hogares: maridos agresivos, alcohólicos, relaciones sexuales no deseadas que terminaban en futuras gestaciones, labores de cuidado hacia el resto de sus hijxs y familiares (Zárate, 2008, 2010), entre otras situaciones características de una estructura que precarizaba y vulneraba la condición humana/mujer de la época.

Es así como a inicios de 1930 y a partir del despliegue eugenésico de la época, la salud materno-infantil se mostró institucionalmente como prioridad sanitaria para erradicar la propagación de enfermedades infecciosas y el aumento de la mortalidad por abortos clandestinos. Cabe mencionar, que el aborto terapéutico se legalizó en el código sanitario de 1931 (Pieper, 2012, p.193), para luego ser derogado en 1989 y modificado en septiembre de 2017 bajo tres causales²⁰ (Ministerio de Salud, 2017).

Posteriormente, en 1964, se elaboró la primera política de planificación familiar del país con el “Plan de regulación de la natalidad” en 1966, y consecutivamente, en 1967, el “Programa de paternidad responsable”, generando un aumento en el uso de anticoncepción en el sistema público de un 6% a un 13,7% entre 1965 y 1970. No obstante, las preocupaciones dispuestas en esta materia se vieron estancadas producto del asentamiento de la dictadura cívico-militar que gobernó el país desde 1973 hasta 1989. En los 90 con el retorno a la democracia, se crea el “Programa de salud materna y perinatal”, modificándose en 1997 a “Programa de salud de la mujer” en respuesta a la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995 (Ministerio de Salud, 2018a, 2018b).

Paralelo a ello, la Ley N° 19.536 modificó el Código Sanitario para que la planificación familiar fuera una función propia de la matrona. Elaborándose en 2006 las “Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad del Ministerio de Salud de Chile”, y en 2010, la Ley N° 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad (Ministerio de Salud, 2018a, 2018b).

A partir de la creación en 2007 del subsistema de protección integral a la infancia: Chile Crece Contigo (ChCC). Se trasladó el foco a la atención de la salud de la mujer gestante y del nacimiento desde un enfoque biopsicosocial. Así, dentro de las consideraciones que el programa incluía, se encuentra la “atención personalizada del proceso de nacimiento”, a partir de la cual se elaboró el “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo”. Este manual creado en 2008²¹ tuvo por objetivo “que los equipos de salud acompañen a las

²⁰ Peligro de vida para la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo por violación.

²¹ Documento utilizado hasta la actualidad para abordar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Chile.

mujeres durante el control de su gestación, el parto y en el cuidado de los recién nacidos” (Ministerio de Salud, 2008, p.8).

La visión integral que presenta el manual pretendía incorporar las determinantes sociales en salud y su influencia en la atención del nacimiento, relevando, sobre todo, el rol protagónico de la mujer gestante y su familia. No obstante, la primera encuesta sobre nacimientos en Chile publicada en 2018 y realizada a 11.054 mujeres, reflejó que, a pesar de haber pasado diez años de la implementación del “Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo” (Ministerio de Salud, 2008), así también, de las diversas recomendaciones realizadas por la OMS (2014, 2019), las intervenciones procedimentales y quirúrgicas en el nacimiento continuaban realizándose en un importante porcentaje.

De este modo, durante el último periodo del estudio (2014-2017), la monitorización fetal continua se realizó en un 84,6% de los casos, el uso de oxitocina sintética en un 51,5% y la realización de cesáreas en hospitales públicos en un 39,8% y en clínicas privadas en un 50,8% de los casos (Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile [OVO Chile], 2018). Cifras cercanas a las estadísticas nacionales, ya que la tasa de cesáreas en el sistema público para el 2017 fue de 33%, mientras que en el sistema privado fue de 63% (de Elejalde & Giolito, 2019a, 2019b).

En este contexto, se han levantado diferentes organizaciones civiles (Coordinadora por los Derechos del Nacimiento [CDN], ParirNos Chile, OVO Chile) y políticas interesadas en la materia, para en 2017 elaborar el proyecto de ley “Ley Trinidad”, el cual surge a raíz de un lamentable caso de violencia obstétrica con consecuencia de muerte²².

El proyecto de ley, como explica María José Fuentes vocera de la Coordinadora por los Derechos del Nacimiento:

Nos obliga a mirar este tema de la violencia obstétrica, porque la magnitud de las consecuencias lo hacen visible, y porque empatizamos con ella, pero este tipo de

²² Para revisar la noticia en mayor detalle: <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/08/26/ley-trinidad-exigen-proyecto-que-promueva-el-parto-humanizado-y-regule-los-derechos-del-nacimiento/>

violencia la viven y padecen muchas mujeres de manera permanente, diariamente, y este caso nos impulsa a decir ¡No más! (Fuentes en Santibáñez, 2017).

A raíz de las intensas movilizaciones feministas que han acontecido en el país (Zerán, 2018), sumado a las reiteradas manifestaciones de violencia obstétrica como el terrible caso ocurrido en 2016 con Lorenza Cayuhán²³, es que el proyecto de ley Trinidad puso el foco en las mujeres madres, renombrando el proyecto como “Ley Adriana”, madre de Trinidad.

Es así como el debate en torno al parto en domicilio renovó sus fuerzas, sobre todo, considerando las recientes estadísticas sobre su realización en Chile, correspondiente al 1% de los partos en el país (Asociación Gremial Maternas Chile, 2016). Su atención no está sujeta a protocolos ministeriales ni está financiado por el sistema sanitario, sin embargo, no representa una ilegalidad. Así mismo, las matronas y matrones que acompañan los partos en domicilio se acogen al artículo 117 del Código Sanitario, el cual señala explícitamente que es su labor “la atención del embarazo, parto y puerperio normales y la atención del recién nacido” (Código Sanitario, art. 117, p.37). No obstante, no detalla el lugar físico en el cual deben llevarse a cabo estas funciones.

En materia de evidencia y literatura científica nacional, existen tesis de pregrado como el estudio “Evaluación de la atención del parto en casa planificado con asistencia profesional, durante los años 2003-2014 en la región de Valparaíso y Metropolitana de Chile” (Reischmann, Risi & Serrano, 2015). La investigación “Parto en casa planificado con asistencia profesional: recuperando el protagonismo” (Ramírez, 2015). Y desde la perspectiva de pueblos originarios, el estudio “El oficio de la püñeñelcheffe: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil” (Salazar, 2012). Desde el postgrado se encuentra la investigación “Parto en casa contemporáneo en Santiago de Chile. Percepciones, conocimientos y saberes que se dan en el parto en casa según mujeres y matronas” (Márquez, 2019). Investigaciones que reflejan una incipiente preocupación científica y social sobre el problema del nacimiento en Chile.

²³ Lorenza Cayuhán, mujer mapuche, dirigente de la comunidad Mawidache de Alto Antiquina en el sur de Chile, tuvo que parir engrillada a vista y paciencia de personal sanitario y de Gendarmería, siendo violados todos sus derechos humanos, sexuales y reproductivos (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2016).

De igual manera, el activismo social de mujeres ha enriquecido el debate nacional sobre los nacimientos y partos en domicilio. Así, la Organización Nacer en Libertad en 2014 desarrolló el libro titulado “Memorias de parto. Relatos de mujeres para renacer juntas” (Organización Nacer en Libertad, 2014). Por su parte y desde experiencias biográficas, la matrona María Luz Burgos Sánchez en su libro “Partería chilota” y “Partería Patagónica” recoge los relatos de parteras empíricas que acompañaron durante su trayectoria de vida a cientos de partos en domicilio atendidos en el sur y sur extremo de Chile (Burgos, 2015, 2017).

Del mismo modo, Raquel Ollino Gutiérrez a partir de una interesante lectura sobre el parto en domicilio, la gestación, el nacimiento y el aborto, desarrolló en 2017 su libro “Partería urbana. La emancipación del niño shamán” (Ollino Gutiérrez, 2017). Un año más tarde, la Corporación ParirNos Chile a partir de narrativas sobre partos institucionales y en domicilio desde la experiencia de 14 mujeres, elaboró el libro titulado “Alzamos la Voz, historias de parto en la voz de sus protagonistas” (Cerdeña, Toledo & Muñoz, 2018).

Complementando la evidencia literaria de parto en domicilio, se añaden aportes artísticos como el proyecto visual “Al otro lado de la piel” de la fotógrafa nacional Sylvana González Von Kunowsky (González Von Kunowsky, 2018) y el proyecto de danza contemporánea con perspectiva de género “Vagina” del Colectivo En/Puja (Colectivo En/Puja, 2018).

En consecuencia, el escenario actual de la atención al parto y nacimiento a nivel nacional refleja una serie de enfoques, praxis y acontecimientos que, además de ser distópicos con la realidad actual, nos invitan a problematizar las formas mecanizadas, capitalistas, patriarcales y alienadas en las cuales estamos viniendo al mundo. Esta breve trayectoria sociosanitaria recoge –en parte– el fundamento de miles de mujeres por querer optar por otras formas mayormente dignas para dar a luz en Chile.

MARCO EMPÍRICO



Fotografía CC by: Pía Rodríguez-Garrido

Lugar: Santiago de Chile, Región Metropolitana, Chile

Contexto: Fotografía tomada en el centro de Santiago a metros de “plaza dignidad”, lugar icónico que concentra triunfos y resistencias socio históricas del pueblo de Chile.

Descripción: Imagen con diversos afiches en la pared. Imágenes de personas y frases como “¡We Can Do It!”, “¿Renuncio o denuncio?”, “No más zonas de sacrificio”, “Por la salud”.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La trayectoria social y sanitaria del nacimiento en la actualidad ha sido testigo de importantes transformaciones culturales que van desde la implementación de tecnologías durante el parto hasta la atención planificada del parto en domicilio en compañía de una matrona o matrócn. Esto ha generado importantes reflexiones sanitarias y sociales sobre el fenómeno del nacimiento.

En respuesta a lo anterior, recientes investigaciones realizadas desde las ciencias sociales, humanas y de la salud, han visualizado el nacimiento desde un enfoque integral relevando el rol protagónico de la mujer durante este proceso. Sin embargo, este tránsito no ha estado exento de controversias, ya que uno de los mayores desafíos que se aprecia tiene relación con legitimar mayores y mejores posibilidades en la atención del parto en domicilio que permitan respetar y articular la evidencia científica, por un lado, y el ejercicio de derecho de las mujeres y sus familias, por otro.

Por este motivo, una de las primeras preocupaciones de esta investigación implicó conocer la evidencia científica internacional sobre las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio. Esta información es fundamental de considerar producto de la diversidad de actores, escenarios y sectores que están involucrados en la atención del parto en domicilio. A su vez, permite identificar el debate internacional en términos de injerencia económica y social en el desarrollo de políticas públicas sanitarias sobre el parto en domicilio.

Del mismo modo, a propósito de explorar las representaciones sociales y sanitarias, surgió un elemento fundamental en el reconocimiento de las posibilidades para incorporar el parto en domicilio dentro del debate público y sanitario, este elemento tiene relación con la seguridad y el riesgo. Ambos conceptos resultan el eje vertebral en el desarrollo de protocolos, políticas y normativas sanitarias para los tomadores de decisiones, del mismo modo, que se transforman en indicadores de confiabilidad para las mujeres que deciden optar por un parto en domicilio.

Por último y a partir de lo revisado, emerge la necesidad de incorporar las experiencias de las propias protagonistas que llevaron a cabo un parto en domicilio y que permitan visualizar

las diversas demandas y necesidades que se ven enfrentadas las mujeres hoy en día, en un escenario cultural específico como es el contexto chileno.

Dicho todo esto, surge la necesidad de responder a las siguientes preguntas y objetivos de investigación.

4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- > ¿Cuáles son las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio?
- > ¿Cuál es la importancia de la seguridad en el parto en domicilio?
- > ¿Cuáles son los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno?

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Para responder a las preguntas señaladas se orientó la investigación en tres objetivos principales y seis objetivos específicos presentados a continuación:

5.1 Objetivos generales

- > Explorar las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio
- > Analizar el concepto de seguridad sobre el parto en domicilio
- > Analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno

5.2 Objetivos específicos

- > Indagar en las representaciones sanitarias y en las representaciones institucionales sobre el parto en domicilio
- > Ahondar en las implicancias del concepto de seguridad en la atención del parto en domicilio
- > Identificar las motivaciones que incentivaron a las mujeres chilenas a tomar la decisión de parir en domicilio

- > Profundizar en las trayectorias y experiencias vividas por las mujeres chilenas en torno al parto en domicilio
- > Conocer las tensiones que rodearon la decisión y el parto en domicilio de las mujeres chilenas
- > Explorar los posicionamientos políticos de las mujeres chilenas frente al parto en domicilio

6. METODOLOGÍA



Fotografía Cc by: Pía Rodríguez-Garrido

Lugar: Valparaíso, Quinta Región, Chile

Contexto: Fotografía tomada a uno de los tantos murales que caracteriza a la bella ciudad porteña de Valparaíso.

Descripción: Mujer alimentando a un niño. La mujer está con una mirada fija hacia al frente, al igual que el niño. De fondo se muestra una trilogía de colores azules, verdes y rojos.

6.1 Justificación teórico-metodológica de la investigación

Para abordar metodológicamente las preguntas y objetivos de investigación fue necesario desarrollar diversos enfoques metodológicos que permitieran dar respuesta a la realidad del parto en domicilio desde la perspectiva institucional, sanitaria y social, así como, incorporar los significados de las propias protagonistas.

Es así como a continuación presentaré de manera estructurada los objetivos generales del estudio y su respectivo desarrollo metodológico.

6.2 Objetivo 1. Explorar las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio

Para trabajar el primer objetivo general de investigación “Explorar las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio” se utilizó la revisión integradora de la literatura. Se empleó este tipo de metodología debido a que, según Whitemore et al. (2014), implica sintetizar los conocimientos metodológicos y teóricos esbozando una conclusión general sobre el tema específico a investigar. Este tipo de técnica, también denominada revisión crítica, tiene por objetivo demostrar que el autor/a ha investigado ampliamente la literatura y ha evaluado críticamente su calidad (Grant & Brooth, 2009). En ese sentido, la revisión integradora y crítica de la literatura otorgó los insumos necesarios para aproximarnos a la literatura actual sobre la atención del parto en domicilio desde los diversos contextos sociales, institucionales y sanitarios que le rodean. A su vez y con el propósito de complementar la revisión integradora de la literatura, se aplicó el modelo metodológico de Cooper (1984). Este modelo implicó sintetizar la información recogida, a través de describir, analizar y explorar los hallazgos previos antes de llevar a cabo la revisión integradora de la literatura. La aplicación de ambas técnicas permitió recoger atinente material sobre los últimos estudios (2014-2017) que abordaban las características sociales, sanitarias e institucionales del parto en domicilio y que presento a continuación.

6.2.1 Método de búsqueda

Para proceder a la búsqueda de la información, se utilizó las siguientes Bases de datos científicas: Biomedical Central, Cochrane Library, Dialnet, DOAJ, Lilacs, PubMed, Scopus, Scielo y Web of Science. Se identificaron cinco palabras claves acorde a los Descriptores

en Ciencias de la Salud (DeCS). Tres de ellas en inglés: “birth, home”; “home birth”; “childbirth, home”; y dos en español: “partos en casa” y “partos domiciliarios”. Así, la búsqueda inicial dio un total de 182.094 artículos científicos.

A la búsqueda señalada se agregaron dos términos en inglés: "planned home birth" y "women empowerment homebirth". Su inclusión se debe a que son términos que frecuentemente se encontraban dentro de los artículos científicos de la búsqueda inicial, no obstante, no están incorporados dentro de los DeCS o MeSH. Sin embargo y a pesar de ello, su aplicación, fortaleció consistentemente la búsqueda y posteriormente el análisis de la información encontrada.

Así, la inclusión del término "planned home birth" permitió seleccionar los partos en el hogar que se habían planificado desde el principio, excluyendo los no planificados. En el segundo caso, el uso del término "women empowerment homebirth" permitió mejorar la naturaleza cualitativa de la investigación, ya que los artículos que abordaban las representaciones sociales de la mujer incluían en su marco teórico y metodológico el concepto de “empoderamiento” durante todo el proceso de decidir un parto domiciliario.

De esta manera, la segunda búsqueda arrojó un total de 57.735 artículos. No obstante, se redujeron a 156 documentos en tanto se eliminaron los que estaban repetidos, seleccionando sólo los títulos y resúmenes que eran pertinentes a la búsqueda (ver Tabla 1).

Tabla 1: Artículos seleccionados acorde a la base de datos, palabras claves y términos de búsqueda

Base de datos/ Palabras claves- Términos	“birth, home”	“home birth”	“childbirth home”	“planned home birth”	“women empowerment homebirth”	“partos en casa”	“partos domiciliarios”
Biomedical central (BMC)	7	4	0	1	3	0	0
Cochrane Library	0	1	1	0	0	1	2
Dialnet	2	0	0	1	0	17	3
Doaj	0	0	0	4	0	0	0
Lillacs	0	0	0	3	0	0	0
PubMed	0	0	0	54	4	0	0
Scopus	0	1	2	7	0	0	2
Scielo	0	1	1	1	0	8	8
WoS (Web of Science)	8	0	1	5	2	1	0

6.2.2 Criterios de inclusión

De los 156 artículos científicos, un total de 115 cumplieron con los criterios de inclusión, estos fueron: estudios realizados entre 2004 y 2017; que utilizaran metodologías cualitativas en su desarrollo; y que estuvieran escritos en idiomas inglés, español y portugués (ver Figura 1).

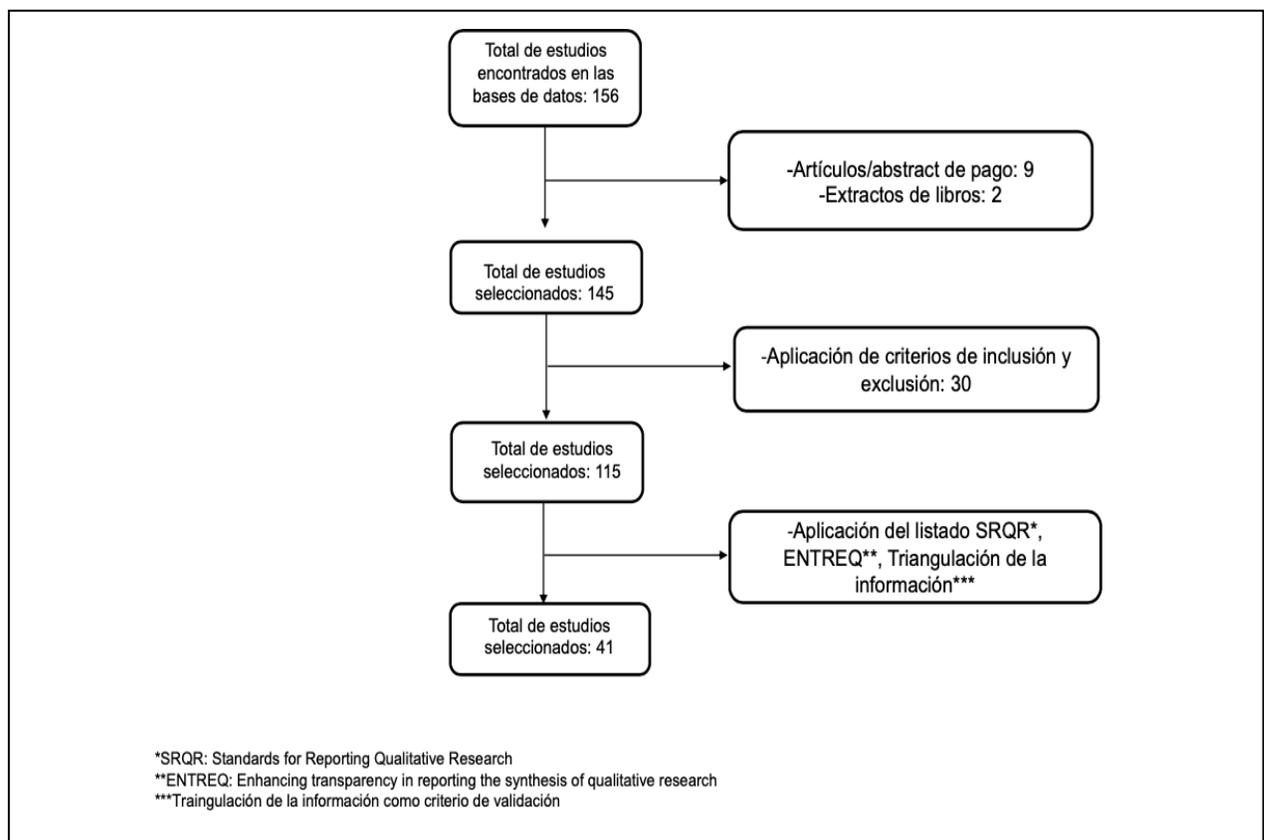
6.2.3 Criterios de rigor metodológico

Se utilizaron dos instrumentos para evaluar el rigor metodológico de los artículos seleccionados. El listado de preguntas “Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)” (O’Brien et al., 2014) y el listado “Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research (ENTREQ)” (Tong et al., 2012).

6.2.4 Criterios de validación

Se utilizó el método de triangulación de la información para analizar y discutir los artículos desde una mirada transdisciplinar lo cual contribuyó a la calidad y variabilidad de la investigación. De esta manera, la aplicabilidad del listado de preguntas SRQR, ENTREQ y la triangulación de la información, implicó la selección final de 41 artículos científicos (ver Figura 1).

Figura 1: Criterios de inclusión, selección y validación



6.2.5 Evaluación de los datos

Los 41 estudios evaluados analizaron las diversas características sociales, culturales e institucionales que conforman un parto en domicilio. En relación con su procedencia, dieciséis eran de América del Sur, once de América del Norte, nueve de Europa, tres de Australia, uno de África y uno de Asia. A su vez, la estructura metodológica fue cualitativa en todos los casos. Dentro de las principales técnicas de recogida de información utilizadas se encontró: la etnografía, historia de vida y estudio de casos, no obstante, las entrevistas individuales y grupales fueron las más utilizadas.

6.2.6 Análisis de los datos

Se realizó un análisis semánticamente orientado de la información durante la fase de selección de artículos y posteriormente al extraer los resultados (Roberts et al., 2010). Después de analizar los 41 artículos seleccionados, se identificaron cuatro dimensiones en función del propósito de los estudios, éstas fueron: 1) Dimensión de empoderamiento en el nacimiento; 2) Dimensión comparativa de estudios sociosanitarios del nacimiento; 3) Dimensión institucional del parto; y 4) Dimensión cultural del parto. La primera dimensión se subdividió en: 1.1) Empoderamiento de la mujer; 1.2) Soberanía del cuerpo; 1.3) Políticas contra- hegemónicas. La segunda dimensión se subdividió en: 2.1) Domicilio versus Hospital; 2.2.) Costos versus Efectividad; 2.3) Seguridad versus Inseguridad. La tercera dimensión se subdividió en: 3.1) Profesionales de la salud; 3.2) Instituciones gubernamentales/Corporaciones internacionales. Y finalmente, la cuarta dimensión se subdividió en una única subdimensión referente a: 4.1) Percepciones culturales.

6.3 Objetivo 2. Analizar el concepto de seguridad sobre el parto en domicilio

Para dar respuesta al segundo objetivo general de investigación “Analizar el concepto de seguridad sobre el parto en domicilio” se optó por una *scoping review*. Este tipo de metodología consiste en “plantear y abordar preguntas que permiten identificar vacíos en la base de evidencia donde no se cuenta con ninguna investigación y cuando aún no es claro si una revisión sistemática es necesaria para áreas específicas de la investigación” (Fernández-Sánchez, King, Enríquez-Hernández, 2020, p. 89). Particularmente, este tipo de metodología permite abordar distintas preguntas y propósitos de investigación, desde “examinar el alcance, rango y naturaleza de la evidencia científica existente, resumir y difundir los hallazgos de la evidencia, (hasta) aclarar conceptos clave e informar sobre los tipos de estudios (...) en un área en particular” (Fernández-Sánchez, King, Enríquez-Hernández, 2020, p. 89). De este modo, su uso permitió recoger la evidencia científica más relevante en los últimos cinco años sobre el concepto de seguridad y riesgo que rodea la atención planificada del parto en domicilio y que paso a detallar a continuación.

6.3.1 Métodos de búsqueda

Se realizó una búsqueda en las Bases de datos científicas: PubMed, Scopus, Web of Science (WoS), CINAHL y Cochrane Library. Las palabras claves utilizadas se seleccionaron a través de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), estas fueron: “patient safety”; “safety”; “risk”; y “home childbirth”.

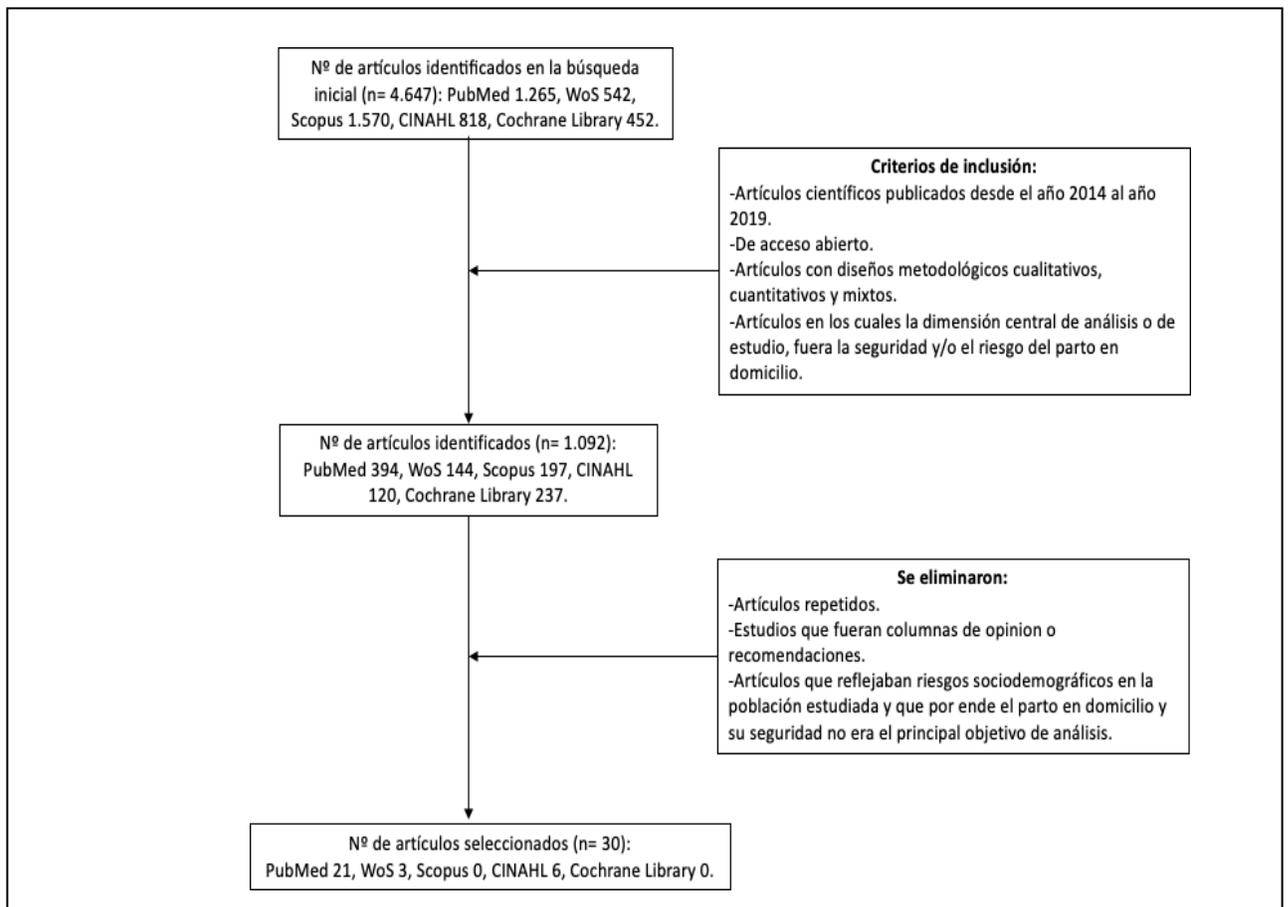
La búsqueda se llevó a cabo con el operador booleano “AND”. Las combinaciones booleanas utilizadas fueron: “patient safety AND home childbirth”; “safety AND home childbirth”; y “risk AND home childbirth. La búsqueda inicial dio un total de 4.647 artículos científicos.

6.3.2 Criterios de inclusión

Se aplicaron los siguientes criterios de selección: artículos científicos publicados desde 2014 a 2019; artículos que fueran de acceso abierto; que sus diseños metodológicos fueran cualitativos, cuantitativos y mixtos; y que la dimensión central de análisis fuese la seguridad y/o el riesgo del parto en domicilio. Tras la aplicación de los criterios mencionados, se obtuvo un total de 1.092 artículos. Posteriormente, se eliminaron los artículos que estuviesen

repetidos en las bases de datos, los estudios que fueran columnas de opinión o recomendaciones sobre el parto en el domicilio, y finalmente, los artículos que reflejaran riesgos sociodemográficos en la población estudiada y, por lo tanto, su principal objetivo no fuera el parto en domicilio y su seguridad. Esta selección permitió el análisis de un total de 30 artículos científicos (ver Figura 2).

Figura 2: Flujograma de selección de artículos



6.3.3 Análisis de los datos

A través de un análisis del contenido se analizaron 30 artículos científicos, emergiendo tres categorías analíticas principales: 1) Riesgo de muerte; 2) Escenario del parto; y 3) Modelo consensuado.

6.4 Objetivo 3. Analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno

Para dar respuesta al tercer objetivo general de investigación “Analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno”, se utilizó una metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico feminista desde una mirada situada. Su justificación radica en que al ser “una actividad situada que ubica al observador en el mundo de la vida. Consiste en una serie de prácticas materiales interpretativas que hacen visible el mundo y lo transforman” (Denzin & Lincoln, 2012, p.48-49). Por lo tanto, permite tener un acercamiento consciente y respetuoso a la realidad a investigar. A su vez, desde una visión fenomenológica feminista se genera “una comprensión que surge de una interrelación ontológica que no sólo ofrece la explicación de la experiencia incorporada, sino también, como una percepción encarnada que subyace a la producción de conocimiento y fundamentos políticos” (Fielding, 2017, p.9). La orientación metodológica descrita refleja la importancia de identificar y profundizar en los conocimientos de sujetos/as permanentemente silenciados por la historia oficial (Harding, 1996, 1997), lo que conlleva interpelar constantemente la producción de conocimientos desde el discurso universalizador (Oyěwùmí, 1997) otorgando mayor importancia a los conocimientos situados como espacio de interpelación a los métodos positivistas de investigación (Haraway, 1984, 1991), en este caso, a los significados sociales de las mujeres chilenas. El desarrollo del presente objetivo implicó diversas etapas y consideraciones metodológicas presentadas a continuación.

6.4.1 Contexto y ámbito del estudio

El trabajo de campo de esta investigación se realizó en Chile. País ubicado en la costa suroeste de América del Sur, considerado un país desarrollado gracias al Producto Interno Bruto (PIB) per cápita más alto de su región (Banco Mundial, 2019). Su historia política y económica es ampliamente conocida por ser el primer país en Latinoamérica en implementar el modelo neoliberal en dictadura cívico-militar durante la década del 80. Esta situación dio paso –entre otras cuestiones– a la mercantilización de la salud posicionándola como un bien de consumo; instalando un sistema mixto de atención en salud integrado por un seguro público (Fondo Nacional de Salud – FONASA) y uno privado (Instituciones de Salud

Previsional – ISAPRES), sistema el cual se mantiene hasta la actualidad (González, Castillo & Matute, 2019)²⁴.

6.4.2 Contexto de las participantes

Chile está dividido en 16 regiones administrativas. Las mujeres participantes habitaban al momento de la entrevista: en el Norte Grande, en la Zona Central y en la Zona Sur de Chile. La elección y selección de las regiones fue a raíz de ampliar el alcance geográfico de las experiencias de partos domiciliarios tanto en áreas rurales como urbanas del país. Este aspecto fue importante de considerar, debido a la dificultad que describen las mujeres de encontrar una matrona que acompañe sus partos en zonas alejadas de la urbanización. Esto, producto de la poca disponibilidad y cantidad de matronas en zonas rurales. A esta situación se añade que dentro de los protocolos elaborados por las matronas que acompañan partos en domicilio se indica que el hogar de la mujer debe estar a menos de 20 minutos en automóvil de un recinto hospitalario en caso de requerir un traslado de emergencia. Por lo cual y considerando ambos escenarios, el extenso territorio geográfico que presenta el país y la diversidad de experiencias que ello conlleva, vivir en zonas rurales o descentralizadas de la capital, se vuelve una característica fundamental de tener en cuenta durante la proyección, participación y selección de las mujeres que participaron de la investigación.

6.4.3 Aproximación a las participantes

La estrategia de identificación se realizó a través de dos mecanismos: el primero, fue mediante el contacto vía correo electrónico con la Asociación Gremial de Matronas de Parto en Casa de Chile “Maternas Chile”, las cuales colaboraron difundiendo la información entre las mujeres que habían acompañado sus partos. Respondiendo a esta primera instancia se recibieron diez propuestas de mujeres interesadas en participar de la investigación.

El segundo mecanismo utilizado, fue a través de redes sociales, específicamente en la plataforma *Facebook*. De esta manera, se adjuntó un aviso el cual invitaba a participar en el estudio a mujeres que desearan contar su experiencia de parto en domicilio. En respuesta a esta segunda estrategia, se recibieron alrededor de cien propuestas de mujeres interesadas,

²⁴ Para más información revisar Capítulo [“Perspectiva Social y Sanitaria del parto en domicilio”](#).

superando con creces la primera estrategia de identificación, así también, la presunción en la dificultad de encontrar participantes.

Ambas aproximaciones se llevaron a cabo entre mayo y agosto de 2018. Meses durante los cuales se generaron los primeros diálogos con las potenciales participantes de la investigación, a través de correos electrónicos y mensajes por *WhatsApp*.

6.4.4 Selección y características de las participantes

Debido a la convocatoria que generó la aproximación a las participantes a través de la Asociación Gremial de Matronas de Parto en Casa: Maternas Chile, y sobre todo, a través de la red social *Facebook*; se aplicaron los siguientes criterios de selección de las participantes: mujeres que habían planificado un parto en domicilio acompañadas de una matrona; que hayan tenido la mayoría de edad al momento del parto en domicilio y de la entrevista; que el recién nacido haya nacido vivo. Asimismo, que hayan manifestado su deseo de participar, a través de la firma de un consentimiento informado.

Basado en los criterios mencionados, un total de 43 mujeres fueron seleccionadas en primera instancia. No obstante, y atendiendo a la importancia que la investigación cualitativa le otorga a la calidad de la información más que a la cantidad de esta, se aplicó el criterio de factibilidad de la investigación (Vásquez et al., 2006), en tanto se priorizó la posibilidad de acceder sin dificultad a las participantes considerando las grandes distancias geográficas que tiene Chile, cuidando, sin embargo, no centralizar en la capital (Santiago) la selección de éstas.

Finalmente, luego de aplicar este criterio, se seleccionó a un total de 30 mujeres. Dentro del perfil sociodemográfico y como antecedentes propios del parto en domicilio llevado a cabo por las participantes, se pueden destacar las siguientes características (ver Tabla 2)

Tabla 2: Características sociodemográficas y antecedentes del parto en domicilio

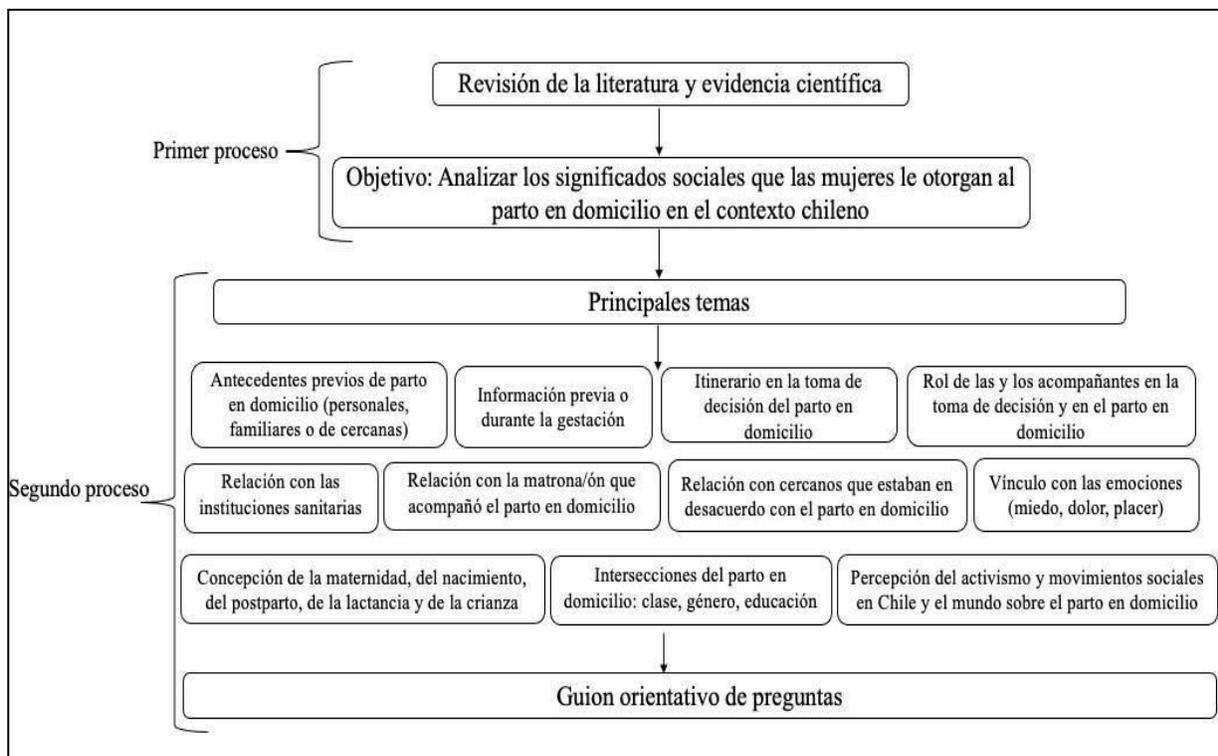
Participante	Edad	Hijas/os previos	Zona de Chile-Ciudad	Presencia de la pareja en el parto	Partos en domicilio previos
P:1	36	2	Central-Talca	Si	0
P:2	34	1	Central-Valparaíso	Si	0
P:3	38	1	Central-Santiago	Si	0
P:4	36	2	Central-Curicó	Si	0
P:5	35	2	Central-Santiago	Si	0
P:6	49	3	Central-Santiago	Si	1
P:7	33	3	Sur-Coyhaique	Si	1
P:8	34	2	Central-Santiago	Si	0
P:9	38	2	Central-Viña del Mar	Si	0
P:10	39	2	Central-Santiago	Si	0
P:11	32	1	Central -Santiago	Si	0
P:12	29	3	Central-Santiago	Si	1
P:13	31	2	Central-Valparaíso	Si	1
P:14	34	1	Central-Colbún	Si	0
P:15	30	1	Central-Valparaíso	No	0
P:16	31	2	Central-Santiago	Si	0
P:17	31	1	Central-Santiago	Si	0
P:18	32	2	Norte Grande-Calama	Si	0
P:19	30	3	Sur-Los Ángeles	Si	1
P:20	40	2	Central-San Vicente de Tagua-Tagua	Si	0
P:21	34	2	Sur-Valdivia	Si	0
P:22	33	1	Sur-San Fabián de Alico	Si	0
P:23	31	2	Sur-Concepción	Si	0
P:24	25	3	Sur-Chillán	Si	0
P:25	33	2	Sur-Tomé	Si	0
P:26	34	3	Norte Grande-Antofagasta	Si	0
P:27	31	2	Norte Grande-San Pedro de Atacama	Si	1
P:28	31	2	Norte Grande-Calama	Si	0
P:29	28	1	Norte Grande-San Francisco de Chiu-Chiu	Si	0
P:30	35	3	Sur-Lota	Si	1

6.4.5 Técnica de recogida de la información

Se utilizó la técnica de entrevista individual semiestructurada, ya que permite “adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias y las alegrías significativas y relevantes de la entrevistada” (Robles, 2011, p. 40).

Por su parte, la elaboración del guion orientativo de preguntas se desarrolló a partir de dos procesos complementarios. El primer proceso implicó la revisión de la literatura y de la evidencia científica sobre el parto en domicilio, esto colaboró en la identificación de los principales temas de interés a desarrollar, del mismo modo, el segundo proceso y complementario al primero, implicó seleccionar y categorizar los temas de interés que más se aproximaban a responder el objetivo de investigación, para finalmente definir las preguntas (ver Figura 3) y crear el guion orientativo que se aplicaría a las participantes (ver Anexo 13.1).

Figura 3: Proceso en la construcción del guion orientativo de preguntas



Las 30 entrevistas fueron realizadas en un lugar de conveniencia por parte de las mujeres, no obstante, la mayoría de ellas se realizó en el hogar de las participantes, debido a que aún estaban en proceso de lactancia materna. Asimismo, la totalidad de las entrevistas se llevó a cabo de manera presencial, en una sola sesión, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018 y enero de 2019.

6.4.6 Consideraciones éticas de la investigación

Como primera instancia, cabe destacar que esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona bajo el registro IRB00003099 (ver Anexo 13.2). Asimismo, y de cara al vínculo con las participantes, las consideraciones teóricas, metodológicas, logísticas y éticas de la investigación, así también sus objetivos, pretensiones e implicaciones, fueron explicados detalladamente a las 30 participantes de manera telefónica, por correo electrónico y presencialmente. Finalmente, se procedió a la firma del consentimiento informado por parte de las participantes, quedándose cada una de ellas con una copia de este (ver Anexo 13.3).

6.4.7 Criterios de rigor metodológico

El listado de preguntas “Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)” (O’Brien et al., 2014) se aplicó durante todo el desarrollo del trabajo empírico de esta investigación. Así también, y siguiendo a Carlos Calderón (2002) se utilizaron los criterios de “adecuación epistemológica”, revisando la formulación de la pregunta de investigación y la coherencia del proceso; “relevancia” ya que queda claramente justificada la necesidad de conocer los significados sociales que tiene para las mujeres dar a luz en el domicilio en tanto sus conocimientos, por un lado, permitirán profundizar en el itinerario corporal que recorrieron para llegar a tomar la decisión, y por otro, generarán conocimientos situados para ser divulgados en el ámbito científico. Así mismo, el criterio de “validez” que no pretende entenderse en clave de probabilidad estadística, sino de pertinencia e interpretatividad, así, se ha procurado un adecuado proceso de selección y de rigor en el análisis, con el fin de conocer significados y buscar explicaciones en profundidad, generalizables desde el punto de vista lógico y transferibles en función de las circunstancias contextuales en que la investigación se llevó a cabo.

Finalmente, la importancia de la “reflexividad”, reconociendo mi posición desde una perspectiva situada como investigadora de este estudio que se pretende política en cuanto a la posibilidad de propiciar escenarios de enunciación a aquellas mujeres que hasta ahora han sido desplazadas en sus discursos por parte de las instancias formales e institucionales de atención al parto y nacimiento. En ese sentido, utilizar perspectivas teóricas provenientes de las ciencias sociales y humanas permitieron ampliar y profundizar en el análisis y la comprensión de los significados sociales que le otorgan las mujeres chilenas al parto en domicilio (Biglia, 2014).

6.4.8 Análisis de la información

La información recogida en el trabajo de campo fue grabada –en una grabadora portátil– de manera tal que respetara la intimidad y comodidad de cada participante al momento de la entrevista. Posteriormente, las grabaciones fueron transcritas literalmente por mí y dos personas externas a la investigación (una socióloga y un trabajador social) con preparación técnica y profesional para transcribir entrevistas. Una vez transcrito todo el material, se dispuso en el software de análisis cualitativo Atlas ti versión 8.4.0 en español.

El análisis de las entrevistas transcritas se realizó a través de la técnica del análisis temático cualitativo mediante las seis fases que proponen Braun y Clarke (2006). En ese sentido, la primera fase fue la “familiarización con los datos obtenidos”. En esta etapa se transcribieron las entrevistas textualmente, posteriormente fueron leídas y releídas permitiendo obtener ideas generales a partir de la información que aportaba el material transcrito.

La segunda fase fue “generando códigos iniciales”, esta implicó codificar inicialmente las características de mayor interés dispuestas en las treinta entrevistas organizando de manera general y preliminar los datos en grupos significativos, lo cual preparó la información para el siguiente paso.

La tercera fase fue “buscando los temas”. Aquí se codificaron todos los datos pertinentes a analizar, posteriormente se clasificaron en temas generales, y, finalmente, se organizaron y agruparon desde los más generales a los más específicos.

La cuarta fase fue la “revisión de temas”. Esta etapa se dividió en dos sub-fases, la primera implicó leer todos los extractos seleccionados para cada categoría y verificar la coherencia interna. Y, la segunda, implicó revisar detalladamente si los códigos creados pertenecían o tenían relación a la categoría asignada.

La quinta fase fue “definiendo y nombrando los temas”, en esta etapa se renombraron las categorías centrales de análisis para que tuvieran coherencia con los códigos en su interior. Así también, se verificó que las categorías y los extractos de las entrevistas contarán la “historia” de manera relacional dando respuesta al objetivo de estudio.

Finalmente, en la sexta fase “producción del informe”, se pasó de la codificación a la narrativade los resultados a través de las siguientes categorías de análisis. Como categoría central: 1) Trayectorias del parto en domicilio. Junto a dos subcategorías: 1.1) Tomar la decisión del parto en domicilio y 1.2) El momento del parto: (Re)naciendo. Y posteriormente, cuatro subcategorías: 1.1.1) ¿Por qué necesito parir en domicilio?; 1.1.2) Mi entorno no me apoya: barreras para el parto en domicilio; 1.2.1) Transitando en las emociones del parto en domicilio; 1.2.2) (No) Quiero estar sola.

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN



Fotografía Cc by: Pía Rodríguez-Garrido

Lugar: Valparaíso, Quinta Región, Chile

Contexto: Fotografía tomada en un día soleado en el Cerro Cárcel de la bella ciudad porteña de Valparaíso.

Descripción: Escalera angosta con mosaicos de colores: celeste, azul, blanco y rojo, con gran cantidad de peldaños, en los primero dos de éstos se indica la frase “La ilusión de la vida”. A ambos costados de la escalera hay dos paredes de color celeste.

La presentación de los resultados de esta investigación responde a la elaboración de tres artículos científicos publicados en revistas indexadas. Los cuales detallo a continuación.

Respondiendo al primer objetivo general de investigación: Explorar las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio, dio lugar a desarrollar el artículo científico titulado “Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review”²⁵ publicado en la revista científica *Public Health Nursing*.

A su vez, respondiendo al segundo objetivo general de investigación: Analizar el concepto de seguridad sobre el parto en el domicilio, se desarrolló el artículo científico titulado “(In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica”²⁶ publicado en la revista científica *Matronas Profesión*.

Por último, para responder el tercer objetivo general de investigación: Analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno, se desarrolló el artículo científico titulado “Birth cultures: A Qualitative approach to home birthing in Chile”²⁷ publicado en la revista científica *Plos One*.

A continuación, presento en detalle el desarrollo de los resultados de esta investigación.

²⁵ Ver página 113

²⁶ Ver página 131

²⁷ Ver página 142

7.1 Objetivo 1. Explorar las representaciones sociales y sanitarias del parto en domicilio

Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review

Pía Rodríguez-Garrido RM, MSc¹  | Juan Andrés Pino-Morán PhD²  |
Josefina Goberna-Tricas RN, RM, PhD¹ 

¹Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, ADHUC Research Centre: Theory, Gender and Sexuality, University of Barcelona, Spain

²Faculty of Social Science and Law, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain

Correspondence

Pía Rodríguez-Garrido, Nursing and Health Program, Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing. ADHUC Research Centre: Theory, gender and sexuality. University of Barcelona. Bellvitge Health Sciences Campus. Feixa Llarga s/n, 08907. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Spain.
Email: piarodriguezgarrido87@gmail.com

Funding information

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, Grant/Award Number: Becas Chile Doctorado año 2017; "la Caixa" Foundation, Grant/Award Number: 2016ACUP083

Abstract

Aims: Exploring social and health care representations of home birth by conducting an integrative review of the literature.

Design: Integrative Literature Review.

Data sources: The search was based on the following keywords: "birth, home," "home birth," "childbirth, home." And the terms: "planned home birth," and "empowerment women homebirth" (in English). "partos en casa," and "partos domiciliarios" (in Spanish) in the following databases: Biomedical Central, Cochrane Library, Dialnet, DOAJ, Lilacs, PubMed, Scopus, Scielo, and Web of Science.

Review methods: A total of 156 publications dated between 2004 and 2017 were initially obtained and a total of 41 articles were finally selected according to the criteria of inclusion, methodological rigor, and researchers' triangulation.

Results: Four dimensions of the issue emerged out of the 41 articles analyzed: (a) the Dimension of "Empowerment in Childbirth;" (b) the Dimension of "Comparative Socio-Medical Childbirth Studies;" (c) the "Institutional Dimension of Childbirth;" (d) the "Cultural Dimension of Childbirth."

Conclusion: From the health management perspective, home birth is not widely accepted today as a valid and safe alternative. However, women's social representations indicate an interest in returning to birth at home as a response to the excessive medicalization and institutionalization of childbirth, and value highly its autonomy and comfort.

KEYWORDS

home birth, midwifery, review literature, social representations

1 | BACKGROUND

In 1985, the Pan American Health Organization and the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe and Regional Office for the Americas met in Fortaleza to review appropriate technologies for childbirth and prenatal care (World Health Organization [WHO], 1985). In 1993, the Department of Health of

the United Kingdom issued the "Changing Childbirth" report that contributed to redefining the birth care model (Department of Health of the United Kingdom, 1993). In 2014, the WHO issued a statement on "The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth" establishing the right of all women to receive dignified and respectful treatment during pregnancy and birth (WHO, 2014).

In 2018, the WHO drew up its "Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience." Among these 56 recommendations, four are particularly relevant: Access to respectful labor and childbirth care, emotional support from a companion of choice, mobility in labor and birth position of choice, and effective communication by staff (WHO, 2018).

All this reflects a concern on the part of international public health organizations to respond to the medicalization of birth care that characterized the first half of the 20th century (Benyamini, Molcho, Dan, Gozlan, & Preis, 2017; Contreras & Fernández, 2017; Davis-Floyd, 2009; Gomes et al., 2018). This medicalization has been manifested in the systematic performance of cesarean sections and episiotomies, continuous monitoring in low-risk pregnancies, shaving of pubic hair and the application of enemas on hospital admission—among other practices not recommended by the World Health Organization (WHO, 1985, WHO, 2014, WHO, 2015, WHO, 2018).

From Latin America, countries such as Argentina, Venezuela, Bolivia, Uruguay, and the States of Guanajuato, Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Durango, and Puebla in Mexico (Asociación El parto es nuestro, 2014; Cerqueira, 2019; Díaz & Fernández, 2018) have categorized the excessive medicalization of birth and the abusive treatment that it entails as acts of gender violence which, when perpetrated in pregnant women, are conceived as acts of "obstetric violence" (Bohren et al., 2015; Castro, 2019; Diniz et al., 2015; Sharma, Penn-Kekana, Halder, & Filippi, 2019; United Nations Children's Fund [UNICEF], 2018).

This concept was used for the first time in 2007 in the Organic Law on the Right of Women to a Life Free of Violence in Venezuela, describing it as "the appropriation by health personnel of women's bodies and reproductive processes, expressed in the form of dehumanizing treatment, abuse of medicalization and pathologization of natural processes" (Ley, 2007, Art. 15, nº13).

Today, several social movements have included obstetric violence in their gender programs, mentioning home birth as one of the possible responses to acts of gender violence toward pregnant women (Asociación El Parto es Nuestro, 2016; Martínez-Mollá, Siles, & Solano, 2019; Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina, 2015; Pozzio, 2016; Sadler et al., 2016; Sena & Tesser, 2017). In this sense, women have been explicit about home birth, describing how the decision brings them satisfaction and autonomy in response to their limited decision-making capacity in health institutions (García, 2017; Murray-Davis et al., 2012; Preis, Gozlan, Dam, & Benyamini, 2018). They also report feeling confident and at ease in a home birth, since they have the company of their family, a familiar environment, and the support of a qualified midwife (Hutton, Reitsma, Simioni, Brunton, & Kaufman, 2019; Leon-Larios, Nuno-Aguilar, Rocca-Ihenacho, Castro-Cardona, & Escuriet, 2019; Rigg, Schmied, Peters, & Dahlen, 2017). They feel that home birth empowers them to deal more successfully with the puerperium and breastfeeding (García, 2017; Quigley et al., 2016; Samari, 2017). Several authors (De Jonge et al., 2015; Elder, Alio, & Fisher, 2016; Hutton et al., 2016; McLachlan et al., 2016; Olsen & Clausen, 2012) stipulate a series

of conditions that a safe delivery at home must meet: (a) it must be practiced only in pregnant women with low obstetric risk; (b) a qualified midwife must be present; and (c) there must be a health transfer system in place that is well integrated in the home.

Public health systems in countries such as the Netherlands (Zondag, Cadée, & De Geus, 2017) and the United Kingdom now provide funding for home birth. In the United Kingdom the guideline "Intrapartum Care: care of healthy women and their babies during childbirth" offers home birth as an option for low-risk multiparous women (National Institute for Health & Care Excellence [NICE], 2014). In the United States, some states allow home births attended by qualified and certified midwives, although no funding is available (Vedam et al., 2018). In Spain, home birth is an exceptional occurrence (Instituto Nacional de Estadística, 2017) and no financial support is provided by the public health system (Asociación Catalana de Llevadoras, 2018).

The American College of Obstetrics and Gynecology states that it is important to inform pregnant women that "although planned home birth is associated with fewer maternal interventions than planned hospital birth, risk of perinatal death is more than double (1–2 in 1,000);" nonetheless, it also states that "each woman has the right to make a medically informed decision about delivery" (American College of Obstetricians & Gynecologists [ACOG], 2017). A similar position is adopted by the American Academy of Pediatrics, which states "that hospitals and birthing centers are the safest settings for birth in the United States, while respecting the right of women to make a medically informed decision about delivery" (American Academy of Pediatrics [AAP], 2013). In the same way, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists stresses the importance of providing information on the risks and benefits of each type of delivery and of the types of treatment available in each, so that women can make informed decisions regarding the place of birth (De Crespigny & Savulescu, 2014).

For its part, the International Confederation of Midwives states that giving birth at home with the help of a midwife is a valid as well as safe option and that women have a right to it (International Confederation of Midwives [ICM], 2017). In a similar vein, the Canadian Association of Midwives and the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, recognizes that planned home birth is safe and supports the right of women to choose the place of birth (CAM/ACSF, 2019; SOGC, 2019).

When discussing a possible return to home birth, it is important to consider the expectations, experiences, and social representations of women who have already experienced home birth. This study aimed at exploring the experiences of women who have given birth at home, the social representations underlying their decisions, and health professionals' reactions to the home birth movement.

2 | METHODOLOGY

Whittemore, Chao, Jang, Minges, and Park (2014) distinguished seven types of literature review. For the purposes of this research

the integrative literature review technique was chosen as it focuses on synthesizing methodological knowledge, theoretical knowledge and implemented research outlining a conclusion on a specific topic (Whittemore et al., 2014). We opted for this methodology because the aim of the study was to achieve a comprehensive understanding of home birth by exploring its health and social representations. The study lasted 9 months from September 2017 to June 2018. With regard to our methodological framework, we applied the Cooper model (Botero et al., 2016; Cooper, 1984) of research synthesis. This methodological model allows researchers to describe, analyze, and explore previous findings prior to carrying out an integrative literature review, and comprises the following five steps:

2.1 | Problem formulation

Social representations of home birth depend on different social and cultural contexts. Therefore, to understand them, we had to consider qualitative studies that reflected women's perspectives as well as institutional and medical policy standpoints. Our integrative literature review thus allowed to explore social home birth perceptions and include scientific contributions based on women's experiences and the different approaches of health teams and institutions.

3 | DATA COLLECTION

3.1 | Search methods

A bibliography search was carried out based on the terminology proper to home birth research in the following databases: Biomedical Central, Cochrane Library, Dialnet, DOAJ, Lilacs, PubMed, Scopus, Scielo, and Web of Science.

Five keywords were identified according to the Health Sciences Descriptors (DeCS): "birth, home," "home birth," "childbirth, home" in English language databases; "partos en casa" and "partos domiciliarios,"

in Spanish language databases. A total of 182,094 articles were identified in the initial search.

Later, two new terms: "planned home birth" and "women empowerment homebirth" were added. These are not DeCS keywords, but they are terms that appeared frequently in the articles found in the initial search, and we felt that their inclusion would notably improve the results. The inclusion of "planned home birth" allowed the selection of only home births that had been planned from the beginning, excluding unplanned births. In the second case the use of the term "women empowerment homebirth" enhanced the qualitative nature of the study, since articles that address the social representations of women include the concept of "empowerment" in the home birth process. This second search yielded 57,735 articles.

After removing duplicate articles and selecting titles and abstracts in both searches (using the keywords and terms respectively), a total of 156 articles remained (see Table 1).

3.2 | Inclusion criteria

Out of the 156 scientific articles, a total of 115 publications met the inclusion criteria, covering the period between 2004 and 2017 (see Figure 1).

The selection criteria for the articles were the use of qualitative methodologies, and the use of Spanish, English, or Portuguese.

The three authors of this study were native speakers of Spanish, English, or Portuguese or were proficient in these languages. Therefore, once the articles were selected, they were read in their entirety in one of these three languages.

3.3 | Criteria of methodological rigor

The list of questions from the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (O'Brien, Harris, Beckman, Reed, & Cook, 2014) and the Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research (ENTREQ) (Tong, Flemming, McInnes, Oliver,

TABLE 1 Articles selected according to database, keywords, and search terms

Databases/ Keywords-Terms	"birth, home"	"home birth"	"childbirth home"	"planned home birth"	"women empowerment homebirth"	"partos en casa"	"partos domiciliarios"
Biomedical central (BMC)	7	4	0	1	3	0	0
Cochrane Library	0	1	1	0	0	1	2
Dialnet	2	0	0	1	0	17	3
Doaj	0	0	0	4	0	0	0
Lilacs	0	0	0	3	0	0	0
PubMed	0	0	0	54	4	0	0
Scopus	0	1	2	7	0	0	2
Scielo	0	1	1	1	0	8	8
WoS (Web of Science)	8	0	1	5	2	1	0

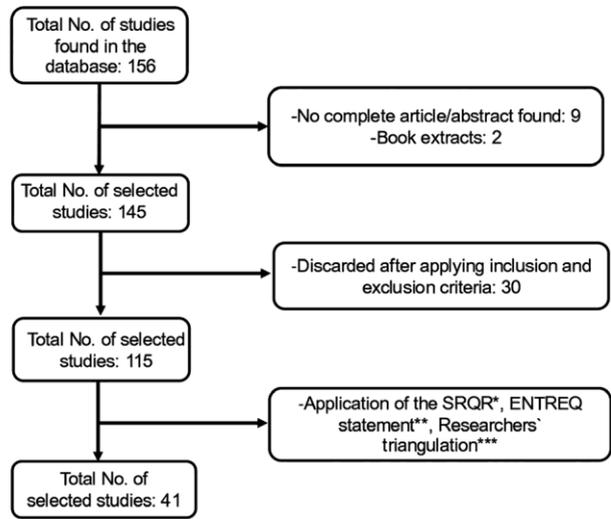


FIGURE 1 Inclusion and validity criteria

*SRQR: Standards for Reporting Qualitative Research
 **ENTREQ: Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research
 ***Researchers' triangulation as a validation method.

& Craig, 2012), were used to evaluate the methodological rigor of the 115 selected articles. Both methodological resources are used in qualitative research to improve the reliability of published health research literature (Enhancing the Quality & Transparency of Health Research [EQUATOR], 2019).

3.4 | Validity criteria

The study was multidisciplinary, given the different backgrounds of the authors and their professional and research experience. The first author is a midwife who is an expert in sexual and reproductive health, the second is an expert in sociology of the body and the third is a midwife and an expert sociologist in gender and health.

The first author was responsible for the search process using the bibliographical services of the University, while all three authors chose the articles that met the selection criteria and validated their quality. We used the research team's triangulation method to analyze and discuss articles from a sociological and obstetric perspective contributing to the quality and variability of the research. The application of this criterion led to a final selection of 41 articles out of the previous total of 115 (see Figure 1).

4 | DATA EVALUATION

The 41 studies assessed analyzed the various social, cultural, and institutional features that make up a home birth. Sixteen were from South America, eight from the United States, three from Canada, nine from Europe, three from Australia, one from Africa, and one from Asia (see Table 2).

They also included comparative factors of home and hospital birth, medical and institutional positions, and finally, cultural perceptions of home birth.

The methodological structure of the 41 articles was qualitative in all cases, including ethnographies, life histories, and case studies. Structured and semi-structured individual and group interviews were the most widely used data collection techniques.

5 | DATA ANALYSIS

A semantically oriented analysis of the data was conducted during the article selection phase and later when extracting the results (Roberts, Zuell, Landmann, & Wang, 2010).

After analyzing the 41 selected articles, we identified four dimensions based on the purpose of the studies: (a) Dimension of

TABLE 2 Geographical locations of the studies analyzed

Country	Number of articles analyzed
Brazil	15
United States	8
Canada	3
Spain	3
Australia	3
United Kingdom	3
Finland	2
Indonesia	1
Zambia	1
Sweden	1
Colombia	1

TABLE 3 Data analysis

Dimension	Subdimension
a. Dimension of Empowerment in Childbirth	Empowerment of women Body sovereignty Counter-hegemony policy
2. Dimension of Comparative Socio-Medical Childbirth Studies	Home versus hospital Cost versus effectiveness Security versus insecurity
3. Institutional Dimension of Childbirth	Health professionals Governmental institutions/ International corporations
4. Cultural Dimension of Childbirth	Cultural perceptions

Empowerment in Childbirth, (b) Dimension of Comparative Socio-Medical Childbirth Studies, (c) Institutional Dimension of Childbirth, and (d) Cultural Dimension of Childbirth.

The two first dimensions (a) and (b) were subdivided into three dimensions, the third dimension (c) was divided into two subdimensions and finally the fourth dimension (d) emerged as a single dimension referring to the women's cultural perceptions of home birth in their social contexts. This approach allowed the authors to carry out a fuller analysis of the findings (see Table 3).

6 | RESULTS

6.1 | a) Dimension of Empowerment in Childbirth

A total of 22 of 41 selected articles focused on this dimension (see Table 4).

The **Empowerment of women** subdimension focused on the importance of women's active role during childbirth. Women reported to have experienced traumatizing treatment during conventional hospital care as their decisions were not taken into consideration. This led them to look for alternative childbirth options and a suitable carer that would show respect toward their decisions (Rigg et al., 2017). Inflexible policies and attitudes within health institutions drive women to look for other birth options, since they feel aversion toward reliving traumatizing hospital-based treatment during their pregnancy (Keedle, Schmied, Burns, & Dahlen, 2015).

Negative experiences during previous pregnancies associated with childbirth, obstetricians, or hospitals are described as the main reasons women decide to give birth at home (Lothian, 2010).

Fewer medical interventions during home birth constitute an additional reason, women explain that they try to avoid routine interventions as the latter make childbirth difficult; they also mention that these procedures do not help them to give birth (Bernhard, Zielinski, Ackerson, & English, 2014; Boucher, Bennett, McFarlin, & Freeze, 2009).

Women refer to safety as a major feature of home birth because the delivery unfolds in a comfortable, quiet, and familiar place,

surrounded by people of their choice (Medeiros, Santos, & Silva, 2008). They also explain that home birth, in contrast to hospital birth, allows them to build trust in their midwife's abilities, and to feel supported and empowered by them (Jansen, Hernderson, & Vedam, 2009; Lindgren & Erlandsson, 2010).

The autonomy that accompanies home birth decisions gives them confidence regarding their ability to give birth and to manage the pain. Their positive experiences lead them to encourage other women and parents to adopt similar home birth decisions (Jouhki, 2012). In this sense, information plays a major role: knowledge and experience networks emerge fostering awareness and dissemination. These networks are essential to understand home birth from a social perspective (Lessa, Tyrell, Alves, & Rodrigues, 2014). Women understand that information must be acquired before and during their pregnancy since lack of information is the main obstacle to making the decision to give birth at home (Sanfelice & Shimo 2015a). Information networks are also described as a validation mechanism of information received elsewhere, through self-directed learning and sharing of experiences among women (Feeley & Thomson, 2016). It is worth noting, however, that access to information now-days mainly concerns medium to high socioeconomic levels of society; women who choose home birth are often settled in their homes, have university education and social security (Silveira, Monticelli, & Knobel, 2013); the majority also contribute to the household budget, relate to other women in different environments and social networks, and experience home birth as a way of life (Lessa, Rubio, Herdy, & Pereira, 2014). Empowerment turns women into active subjects during their pregnancy (Laza, 2011) as they demand respect for their individuality, their bodies and the physiology of birth. They wish to have a loving and comforting childbirth experience, accompanied by people of their choice, during which they are listened to and respected as active and conscious subjects (Sanfelice & Shimo, 2016); they seek a childbirth experience that supports their lifestyles, values, beliefs, and is devoid of preconceptions (Collaço et al., 2017).

The subdimension of **Body Sovereignty** refers to the importance women attach to retaining control over their own bodies and connecting with them, which boosts their self-confidence throughout pregnancy and childbirth. Social perceptions of the body are directly linked to the notion of autonomy, understood as an increase in their abilities or freedom. Women giving birth at home feel they control their own bodies and are deeply confident about dictating its actions (Sanfelice & Shimo 2015b).

However, they are also subject to negative opinions around them, including medical stances that question their decision (Jouhki, Suominen, & Astedt-Kurki, 2017).

These latter situations are associated with the **Counter-Hegemony Policy** subdimension, as women's home birth decisions represent a provocation to established forms and authoritative knowledge (Cheyney, 2008). Home birth decisions can thus be understood as a rebuttal of medical narratives advancing a unique childbirth model, challenging the idea that obstetricians are the indisputable experts in the field. This counter-hegemony

TABLE 4 Dimension of Empowerment in Childbirth

Authors	Data base/Scientific journal	Year of publication	Title of the article	Objective	Methodology	Conclusion
a) Dimension of Empowerment in Childbirth: Empowerment of women						
Elizabeth Rigg et al.	BMC/ BMC Pregnancy Childbirth	2017	Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: a qualitative study	To explore the reasons why women choose to give birth at home with an Unregulated Birth Worker (UBW)	Qualitative study using an interview guide.	Women who engaged UBWs viewed them as providing the best of both worlds this was birthing at home with a knowledgeable person who was unconstrained by rules or regulations and who respected and supported the woman's philosophical view of birth.
Hazel Keedle et al.	BMC/ BMC Pregnancy Childbirth	2015	Women`s reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section.	To explore women's reasons for and experiences of choosing a homebirth after caesarean).	Qualitative study using interview techniques.	Inflexible hospital systems and inflexible attitudes around policy and care led some women to seek other options.
Claire Feeley et al.	BMC/BMC regency Childbirth	2016	Why do some women choose to freebirth in the UK	To explore what influenced women`s decision to freebirth in UK	An interpretive (hermeneutic) phenomenological approach was adopted	Converging path of decision making, outlines the commonalities in women's narratives, enlisting the support of others and conceptualizing risk.
Celmira Laza.	DIALNET/ Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia	2011	What and why is the best experience for women: the care of normal childbirth at home or in the hospital?	To understand the experiences of women who have been cared for in the natural homes or birth centers and in the hospital.	Qualitative study of descriptive type.	The women said they had all the freedom to express themselves about the process; Which made them active subjects in the birth of their son.
Clara Fróes de Oliveira Sanfelice et al.	DOAJ/ Rev. Eletr. Enf.	2016	Good practices in home births: perspectives of women who experimented birth at home.	To identify which are the good practices that are part of this assistance to home birth.	A qualitative, exploratory and descriptive study.	Women are claiming for respect towards their individuality, their bodies and the physiology of delivering and birth, intrinsic of each person.
Heloisa Ferreira Lessa et al.	Lilacs/ Text Context Nursing	2014	Information for the option of planned home birth: Women`s right to choose.	To describe women's process of choice in planned home birth.	Used the institutional ethnography of Dorothy Smith.	The information acts as a network of knowledge, reports and experiences in their symbolic dimensions, favoring the raising of consciousness.

(Continues)

TABLE 4 (Continued)

Authors	Data base/Scientific journal	Year of publication	Title of the article	Objective	Methodology	Conclusion
Judith A. Lothian	PubMed/J Perinatal Educ	2010	How do women who plan home birth prepare for childbirth?	To describe the ways women, prepare a home birth	Qualitative study	The decision involved a great deal of information gathering and personal reflection.
Helena Lindgren et al.	PubMed/ Birth	2010	Women`s experiences of empowerment in a planned home birth.	To describe the factors experienced as empowering during a planned home birth.	Qualitative study. The written birth stories were analyzed using content analysis and descriptive statistics.	Women who choose to give birth at home find empowering sources within themselves from their environment and from the active and passive support.
Patricia A Janssen et al.	PubMed/ Birth	2009	The experience of planned home birth: Views of the first 500 women.	To report on the experiences of 559 women who had a planned home birth.	The qualitative method of interpretive description.	Women felt strongly positive about their trust in their midwife's skill and knowledge.
Debora Boucher et al.	PubMed/ J Midwifery Womens Health	2009	Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth.	Describes the reasons that women in the United States choose home birth.	A qualitative descriptive secondary analysis was conducted in a previously collected dataset obtained via an online survey.	The most common reasons given for wanting to birth at home were: (a) safety; (b) unnecessary medical interventions; (c) negative hospital experience; (d) more control; and (e) comfortable, familiar environment.
Maija-Riitta Jouhki.	PubMed/ Women Birth	2012	Choosing homebirth- The women`s perspective.	To describe the decision-making process and birth experience of ten women in Finland who had planned homebirth.	The data were collected by means of in-depth interviews in 2008 and were analyzed using qualitative content analysis.	To the women of this study home birth was very positive experience in which the autonomy was the important factor.
Clara Fróes de Oliveira Sanfelice et al.	Scielo/ Text Context Nursing	2015	Home birth: Understanding the reasons for this choice.	To understand the reasons that underlie the choice of homebirth.	Qualitative, exploratory and descriptive study.	The reasons listed show that the acquisition of knowledge is a basic condition to support the decision to give birth at home.
Iara Simoni Silveira et al.	Scielo/ Esc Anna Nery	2013	Profile of couples who opt for the home birth assisted by obstetric nurses.	Identifying the sociodemographic characteristics of couples who opt for home as a place for childbirth.	Exploratory and descriptive study.	It was identified that most couples were of people with higher education, stable relationship, who lived in their own home and had professional stability.
Vania Sorgatto Collaço et al.	Scielo/ Text Context Nursing	2017	The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives.	To understand the meaning assigned by couples to the experience of planned home birth.	Qualitative study in the form of convergent care research.	The positive experience of the couples makes up the meaning that the planned home birth is an ideal consistent with the lifestyle, beliefs, values, and culture.

(Continues)

TABLE 4 (Continued)

Authors	Data base/Scientific journal	Year of publication	Title of the article	Objective	Methodology	Conclusion
Heloisa Ferreira Lessa et al.	Scielo/ Online braz j nurs	2014	Social relations and the option for planned home birth: an institutional ethnographic study.	To reveal the social relations surrounding women's option for planned home births.	Institutional Ethnography.	The empowerment of women in the birth process is essential for maternal-fetal wellbeing.
Renata Medeiros et al.	Scielo/ Esc Anna Nery	2008	The choice for home birth: The life story of women who have experienced this experience.	To analyze the factors that influenced the choice of home childbirth.	Qualitative study whose method was the life story.	The bond between the obstetric nurse and women, as well as the respect for their choices, expectations and culture provided safety and reliability to women.
Casey Bernhard et al.	WoS/ J Midwifery Womens Health	2014	Home birth after hospital birth: women's choices and reflections.	To explore reasons why these women choose home birth.	Qualitative study.	Women felt they were given real choices rather than perceived choices, giving them feelings of empowerment.
a) Dimension of Empowerment in Childbirth: Body sovereignty						
Majja-Riitta Jouhki et al.	Scopus/ Midwifery	2017	Giving birth on our own terms-Women's experience of childbirth home.	To describe women's experiences of giving birth at home and to produce a comprehensive structure of meaning regarding giving birth at home.	A phenomenological study based on analysis of open-interview transcripts using Colaizzi's approach.	Women who have given birth at home experience having control over their own body, the care they are given, and the practical arrangements surrounding the birth.
Clara Fróes de Oliveira Sanfelice et al.	Scielo/ Esc Anna Nery	2015	Social representations about home birth.	To know the social representations about the home birth of women who reset this option before the shortage of studies.	Qualitative, exploratory and descriptive research, based on the theory of social representations.	The analyzed data revealed a social representation: my body, my choices, my childbirth.
a) Dimension of Empowerment in Childbirth: Counter-hegemony policy						
Melissa Cheyney.	PubMed/ Qual Health Res	2008	Homebirth as systems-challenging praxis: Knowledge, power, and intimacy in the birthplace.	Examine the processes and motivations involved when women in the United States choose to circumvent the dominant obstetric care paradigm by delivering at home	Using grounded theory, participant observation, and open-ended, semi structured interviewing.	Women who choose to birth at home negotiate fears associated with the "just in case something bad happens" argument that forms the foundation for hospital birth.

(Continues)

TABLE 4 (Continued)

Authors	Data base/Scientific journal	Year of publication	Title of the article	Objective	Methodology	Conclusion
Cláudia Medeiros De Castro, Scielo/ Cad Saúde Colet.		2015	The senses of the planned home birth for women of the municipality of Sao Paulo, Sao of women of average social strata of the municipality of Sao Paulo.		Identify the senses of the choice by the home birth	Qualitative research, with the adoption of the social constructionist theory.
Katheryn Worman-Ross et al.	Wos/ Sociological Spectrum	2013	I wanted empowerment, healing, and respect: Homebirth as challenge to medical hegemony.	To understand their perspectives on power, ideology, and practices in society's hegemonic birth system.	We utilize in-depth interviews.	The refusal to submit to the hegemonic model of obstetric assistance in the majority of hospitals in the country allowed them to deconstruct the idea of the hospital as the place of childbirth. Participants expressed distinctions between a biomedical and midwifery model. In pursuing "empowerment, healing, and respect," participants engaged in alternative practices and philosophies, garnered agency and empowerment, and challenged normative medical hegemony.

is a consequence of the empowering knowledge women acquire during their gestation, giving them the agency as well as the ability to guide the course of their own pregnancy by questioning medical hegemony (Worman-Ross & Mix, 2013). In other words, refusing to submit to the current hegemonic obstetric assistance model allows women to deconstruct the concept that hospitals are the unique possible place of birth; this rejection generates a form of disapproval these women must then face to defend their right to choose the place of birth best suited to their needs (De Castro, 2015).

6.2 | b) Dimension of Comparative Socio-Medical Childbirth Studies

A total of seven scientific articles fell under this category (see Table 5).

The **Home versus Hospital** subdimension debate has a long history: not only are physical locations compared but also opposite birth ideologies can be found. Health institutions have been strongly criticized for their childbirth and medicalization approaches: it is necessary to understand that home birth is not a mere alternative to hospital delivery but rather an experience that procures a different meaning to childbirth and the place in which it unfolds (Burns, 2015). The hospital scenario is associated with more laborious, prolonged deliveries, subject to increasing medical intervention whereas home childbirth is reported by women to be more natural and human that allows them to have a central and active role (Delgado, Sampalo, & Barros, 2007).

Another major factor is that in some countries, home birth lacks legislation and financing. In those countries, women have no other choice but to give birth in health centers due to the high costs associated with professional childbirth help at home. Conversely, in some countries such as the United Kingdom, home birth is considered to be cheaper, as vaginal delivery costs less at home than at the hospital. Home birth receives public funding and is included in health guidelines (Ortega, Cairós, Clemente, Rojas, & Pérez, 2017).

Thus, in the **Cost versus Effectiveness** subdimension, home birth has been shown to be more profitable and cheaper than hospital birth, though this varies according to each State and community health system, as well as the coverage and expenses proper to different health policies, as is the case in the United States (Fernández, 2017).

When exploring the subdimension of **Security versus Insecurity**, according to medical discourse, hospitals are safer for healthy and living newborns because childbirth is regarded as a risky procedure that hospitals can face providing safety and care (Snowden, Martin, Jomeen, & Hollins-Martin, 2011). Nonetheless, levels of home birth safety and hospital birth safety can be deemed similar, since no significant differences are found when disaggregating maternal and neonatal morbidity and mortality rates. The implication is that assisted home birth entails

TABLE 5 Dimension of Comparative Socio-Medical Childbirth Studies

Authors	Data base/ Scientific journal	Year of publication	Title of the article	Objective	Methodology	Conclusion
b) Dimension of Comparative Socio-Medical Childbirth Studies: Home versus hospital						
Elena Ortega et al.	DIALNET/ene revista de enfermería	2017	International overview regarding the recommendations, clinical practice and home birth legislation.	Comparing clinical practice, legislation and requirements in countries with higher birth rates at home.	Bibliographical review.	Similarity is observed in clinical practice, but legislation, funding, and practice requirements vary significantly from one country to another.
Cilene Delgado et al.	DIALNET/Esc Anna Nery de Enfermagem.	2007	The experience of women in home and hospital childbirth.	To understand the experience of the home and hospital normal childbirth as well as discuss the experiences of women in the two types of childbirth.	Qualitative study with the semi-structured interview.	The births that occurred in the home were fast in a natural way, that is of physiological evolution without interventions and especially without complications for the mother and the newborn.
Emily Burns.	WoS/ Social Inclusion	2015	More than four walls: The meaning of home in home birth experiences.	This article will move beyond notions of safety and risk, and present findings on home that focus on the intimate and complex ways the home is reimagined in home birth experiences.	Using qualitative data collected with 59 home birthing women in Australia in 2010.	The focus of much of the hospital and home birthing research exists on a continuum of medicalization, safety, risk, agency, and maternal and neonatal health and wellbeing.
b) Dimension of Comparative Socio-Medical Childbirth Studies: Cost versus effectiveness						
María Isabel Fernández.	DIALNET/ Metas de enfermería	2017	Economic impact of home versus hospital birth.	Knowing and analyzing the cost of home delivery compared to hospital delivery.	A narrative review is made from the bibliographical search for literature.	Home delivery is economically more profitable than childbirth in the hospital.
b) Dimension of Comparative Socio-Medical Childbirth Studies: Security versus insecurity						
Austyn Snowden et al.	BMC/ BMC Pregnancy Childbirth	2011	Concurrent analysis of choice and control in childbirth.	Reports original research on choice and control in childbirth.	The following study uses concurrent analysis to sample and analyze narrative.	Women experienced a higher degree of control in hospital, a finding that appeared at odds with contemporary notions of choice.
Suzanne Lee et al.	Pubmed/ Midwifery	2016	Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study.	To examine the perceptions of risk among a group of women with high risk pregnancies who were either planning to give birth in hospital, or at home.	Qualitative study using semi-structured interviews.	Risk perception is individual and subjective. Women with high risk pregnancies who plan to give birth at home perceive risk differently to women who plan hospital births.
Eduardo Martínez et al.	DIALNET/ Metas de enfermería	2016	Home delivery versus hospital delivery.	Analyze current trends with regard to home delivery.	Bibliographical study.	Studies show that home birth safety is similar to that of hospital delivery.

fewer medical interventions, in turn susceptible of generating pathological consequences for women. On the other hand, home birth safety is conditioned by the fact that childbirth must have a low perinatal risk level and be attended by qualified midwives (Martínez et al., 2016).

Perceptions of home birth safety and risks depend on the presence of diseases during previous or current pregnancies, lack of information on possible occurrences or procedures, and the absence of support by a qualified professional for home birth care. Therefore, when these conditions are fulfilled satisfactorily, women report feeling safe and experience complete well-being when giving birth at home (Lee, Ayers, & Holden, 2016).

6.3 | c) Institutional Dimension of Childbirth

Seven scientific articles were analyzed and categorized into the sub-dimensions below (see Table 6).

According to **Health Professionals** the home environment can be safe, but subject to certain requirements, such as prior planning, low-risk pregnancy, monitoring during pre-natal preparation, labor, and postpartum, having all necessary medical equipment available, and finally, disposing of a transdisciplinary network in case of needing a referral. Health professionals also emphasize that they have an essential role because they are constantly in direct contact with patients; childbirth should therefore be understood as something more than a biological event (Frank & Pelloso, 2013). However, some professionals believe that home birth is not sufficiently backed culturally and professionally; they point to the lack of adequate technology, infrastructure, and training of medical personnel as major factors to consider, and that home birth is outdated given current medical advances (Matão, Miranda, Costa, & Borges, 2016).

Some professionals advise against giving birth at home, while also supporting women's right to choose. Clearly, there is some confusion about the benefits of home birth as many professionals report not being familiar with the scientific literature on planned homebirth (Raine, Simonsen, Stanfors, Shoaf, & Baayd, 2017).

Governmental Institutions and International Corporations point to the difficulty in grappling with different public (hospital) and private (home birth) legislative domains in case of complications (Chevernak, Grünebaum, Arabin, & McCullough, 2017). We thus found suggestions to extend home birth regulations and financing, since midwife-assisted home childbirth is associated with better birth outcomes, fewer obstetric interventions and access to home birth for rural women and women with low-risk pregnancies can be thus improved (CAM/ACSF, 2013).

The sociodemographic characteristics of rural communities may affect the experience of childbirth (SOGC, 2010): therefore, it is important to encourage protocols in this area, since homes provide a setting for childbirth in which women feel they are at the heart of the whole process (ACNM, 2015).

6.4 | d) The Cultural Dimension of childbirth

A total of five scientific articles fell under this dimension (see Table 7).

Cultural perceptions emerged as a single dimension referring to women's preference for midwife-supported home birth because of physical distance, financial constraints or poor hospital facilities (Laza, 2015; Titaley, Hunter, Dibley, & Heywood, 2010).

Another reason is the influence of families and husbands: in many cases, other women in the family had underwent home births thus leading to a family tradition that is expected to be perpetuated (Sialubanjanje, Massar, Hamer, & Ruitter, 2015). In this regard, home birth has been related to understanding a woman as a whole person, part of a cultural system based on beliefs and values. Taking these aspects into account makes us reflect on today's professional practices (Cecagno & Días de Oliveira, 2004). In addition, homes where deliveries unfold are considered sacred because of the emotional value gained during the physiological process; understanding these rituals contributes to the medical team's cultural empathy: by situating the team in the place where the birth occurs, they become part of an integral birth care perspective (Silveira, Monticelli, Eggert, & Kotzias, 2013).

7 | DISCUSSION

Home birth is approached from multiple perspectives in the literature and contrasting views can be found. One research line is that of the Dimension of Empowerment in Childbirth: results in this field show how women are empowered when deciding to have a professionally assisted home birth (Jouhki, 2012; Lessa, Rubio, et al., 2014). Home birth decisions are supported by access to information before and during pregnancy (Feeley & Thomson, 2016; Lessa, Rubio, et al., 2014; Sanfelice & Shimo, 2015; Silveira, Monticelli, Eggert, et al., 2013). However, according to Lindgren, Nässén, and Lindgren (2017) information obtained by pregnant women leads them in many cases to give birth at home without any professional help, due to a rejection of the hegemonic medical and institutional model (Worman-Ross & Mix, 2013).

Research included in the Dimension of Comparative Socio-Medical Childbirth Studies emphasizes the importance of giving birth within health care institutions, where mothers receive greater comfort and security (Burns, 2015). However, according to women's narratives, a greater number of medical interventions take place in centers than at home (Bernhard et al., 2014; Boucher et al., 2009; Delgado et al., 2007). Results relating to the Institutional Dimension of Childbirth reveal differences with the discourse of international institutions and health professionals. The latter do not support home birth as they associate home birth with insecurity and higher perinatal mortality rates (Frank & Pelloso, 2013; Matão et al., 2016).

Despite the WHO's international recommendations (WHO, 2015) as well as a number of studies that validate birth care at home (ACNM, 2015; De Jonge et al., 2009; Hutton et al., 2019; Olsen &

TABLE 6 Institutional Dimension of Childbirth

Authors	Data base/ Scientific journal	Year of publication	Title of the article	Objective	Methodology	Conclusion
c) Institutional Dimension of Childbirth: Health professionals						
Tatianne Cavalcanti Frank et al.	Lilacs/ Rev Gaucha Enferm	2013	The perception of professionals regarding planned home birth.	To understand the perception of professionals regarding planned home birth.	Qualitative study.	The analysis revealed that home, as the care place, allows more prominence to women and family as a result of tranquility, peacefulness and autonomy.
Maria Eliane Liégio Matão et al.	Lilacs/ Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.	2016	The medical vision of childbirth at home: feasible or utopia?	Know what medical practitioners in the obstetric area think about the practice of home childbirth.	Descriptive study, qualitative approach to physician with experience in the obstetric area.	These for the most part report that home childbirth has no cultural and professional strength to be realized.
Emily Rainey et al.	PubMed/Birth	2017	Utah obstetricians' opinions of planned home birth and conflicting NICE/ACOG guidelines: A qualitative study.	To examine opinions of obstetricians in Salt Lake City, Utah about home birth in the context of rising home birth rates and conflicting guidelines.	A qualitative study through snowball sampling.	Physician objectivity may be limited by biases against home birth, which stem from limited familiarity with published evidence, negative experiences with home-to-hospital transfers, and distrust of home birth providers in a health care system not designed to support home birth.
c) Institutional Dimension of Childbirth: Governmental institutions/ International corporations						
Canadian Association of Midwives	PubMed/ CAM ACSF/ Canadian midwives org.	2013	Position statement on home birth.	Make a public statement on home birth.	Public declaration based on a Narrative review.	Midwives in Canada should provide all women with informed choice about planned home birth.
Frank A. Chevernak et al.	PubMed/ BJOG	2017	The European Court of Human Right on Planned home birth: resolution of a paradoxical ruling.	The European Court of Human Rights issued its judgment in the case of Krejzová v. the Czech Republic about home birth.	Study of a case.	This resolution implies that obstetricians should oppose attendance at planned home birth when the best available evidence documents increased neonatal or maternal risk.
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.	PubMed/J Obstet Gynaecol Can.	2010	Returning Birth to Aboriginal, Rural, and Remote Communities.	SOGC policy statement	Narrative review.	The SOGC strongly supports and promotes the return of birth to rural and remote communities for women at low risk of complications.
American College of Nurse-Midwives.	PubMed/J Midwifery Womens Health	2015	Midwifery provision of home birth services.	To review the evidence on provision of care to women and families who plan to give birth at home.	Narrative review.	Home birth provides an unequaled opportunity to investigate physiologic birth.

TABLE 7 Cultural Dimension of Childbirth

Authors	Data base/ Scientific journal	Year of publication	Title of the article	Objective	Methodology	Conclusion
d) Cultural Dimension of Childbirth: Cultural perceptions						
Christiana R. Titaley et al.	BMC/ BMC Pregnancy Childbirth	2010	Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?	Explore the perspectives of community members and health workers.	Qualitative study using focus group discussions and in-depth interviews.	Physical distance and financial limitations were two major constraints.
Cephas Sialubanje et al.	BMC/ BMC Pregnancy Childbirth	2015	Reasons for home delivery and use of traditional birth attendants in rural Zambia: a qualitative study.	To identify reasons motivating women to giving birth at home and seek the help of TBAs (traditional birth attendants).	Qualitative study using focus group and interviews.	Women's lack of decision- making autonomy regarding child birth, dependence on the husband and other family members.
Iara Simoni Silveira et al.	Scielo/ Rev. Bras. Enferm.	2013	Care rituals performed by families in the planning home childbirth.	Understand the rituals of care performed by families during the home childbirth.	Ethnographic research.	The house is designed by families as a sacred place for the experience the act of birth.
Susana Cecagno et al.	Scielo/ Texto Contexto Enferm.	2004	Home birth assisted by midwives in the mid-twentieth century in a cultural perspective.	Investigate and understand the experience of the birth process in the home assisted by midwives.	Qualitative, descriptive and exploratory.	It is considered that the understanding of the birth process means to go beyond the act of the parturition itself.
Celmira Laza.	Scielo/ Rev Cubana Salud Pública	2015	Factors related to the preference of women in rural areas by the traditional midwife.	Describe the factors influencing women 's preference for the care of the traditional midwife.	Qualitative documentary study.	Fundamental factors are economic barriers which are set as a hindrance to access to institutional care for childbirth.

Clausen, 2012; Rigg et al., 2017; Scarf et al., 2018) health professionals do not suggest it is a valid and safe option (Rainey et al., 2017).

Regarding the Cultural Dimension of Childbirth, results can be understood to support the stance of health professionals mentioned above, as sociodemographic factors and financial limitations can represent negative birth care factors (Titaley et al., 2010). However, when necessary conditions are fulfilled, women choose to be attended by midwives in their homes, as this makes them feel safer (Cecagno & Días de Oliveira, 2004; Laza, 2015).

To finish, one of the study's limitations was that it only reviewed studies based on a qualitative methodology. This approach means that the results cannot be extrapolated to other contexts, but it allows a deeper analysis of subjective aspects of the social representations of home birth made by mothers and health staff. Relevant information described in quantitative or mixed studies may have been omitted.

In addition, the use of non-DeCS terms strengthens the analysis but may raise certain methodological issues.

Another limitation of the study, due to the wide range of geographical contexts covered, is the fact that certain facets of the social representations of home birth, such as its economic, political, and legal characteristics, were not developed in depth. This situation is reflected in the general analysis of the cultural dimension of birth, which lays the foundations for a more profound reflection in the future.

Nor were midwives' views examined in detail. Given that midwives are the health professionals of reference in home births, incorporating their opinions and experiences would undoubtedly strengthen the debate of the social representations of home birth.

8 | CONCLUSION

From the health management perspective, home birth is not widely accepted today as a valid and safe alternative. However, women's social representations indicate an interest in returning to birth at home as a response to the excessive medicalization and institutionalization of childbirth, and value highly its autonomy and comfort.

The alternative of giving birth at home is becoming increasingly attractive to women as they gain greater access to information about their sexual and reproductive rights. The home birth option supported by the emergence of social movements that express their disapproval of the medicalization of birth care today. In this social scenario, women can empower themselves to make decisions in a conscious and informed manner, and are entitled to greater respect for their choices about where and how to give birth.

Although in some countries home birth care is validated, standardized, and even publicly funded, home births are still a rarity in the International world context.

The characteristics of particular geographical contexts have a fundamental bearing on the construction of social representations of home birth. The studies analyzed here reveal a wide range in the social, political, economic, and normative conceptions of this

practice: in general, European countries, the United States, Canada, and Australia were more receptive to the possibility of home birth than countries in Latin America, Africa, and Asia.

We conclude that there is no decisive scientific evidence indicating the ideal place to give birth. We recommend continuing with research that can produce scientific evidence of the scope and limitations of childbirth at home.

Exploring social and health care representations provides a solid basis in the home birth debate in order to contribute new academic paradigms and understandings of childbirth. It should also help to guide the training of professionals committed to women's sexual and reproductive health who respect their decisions and perceptions.

FUNDING STATEMENT

This research is part of Pía Rodríguez-Garrido's PhD thesis (Doctoral Programme in Nursing and Health at the University of Barcelona), under the supervision of Josefina Goberna-Tricas and has been supported by National Scientific and Technological Commission of Chile (CONICYT) Scholarship program for Doctorates Abroad, 2017 call, page: 72180224-201, as well the research leading to these results has received funding from the Project 2016ACUP083 (RecerCaixa Foundation).

ACKNOWLEDGMENTS

The National Scientific and Technological Commission of Chile (CONICYT) Scholarship program for Doctorates Abroad, 2017 call, page: 72180224-201, as well as the Project 2016ACUP083.

CONFLICT OF INTEREST

No conflict of interest has been declared by the author(s).

ETHICAL APPROVAL

Not Applicable.

ORCID

Pía Rodríguez-Garrido  <https://orcid.org/0000-0002-0610-4666>

Juan Andrés Pino-Morán  <https://orcid.org/0000-0001-7027-6908>

Josefina Goberna-Tricas  <https://orcid.org/0000-0002-3531-9009>

REFERENCES

- American Academy of Pediatrics (2013). Policy statement. Planned home birth. *Pediatrics*, 131, 1016–1020. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0575>
- American College of Nurse-Midwives (2015). Clinical bulletin no 14. Midwifery provision of home birth services. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(1), 127–133. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12431>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Planned home birth. Committee Opinion No. 697. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 129, 117–122. Retrieved from <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co697.pdf?dmc=1&ts=20180326T1135163592>
- Asociación Catalana de Llevadoras (2018). *Guía de asistencia al parto en casa*. Retrieved from https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/06/Guia_PartCasa_2018.pdf

- Asociación El Parto es Nuestro. (2014). Grupo de trabajo para la erradicación de la violencia obstétrica. *Definición de la violencia obstétrica*. Retrieved from https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140616_VOMexico/comparativo_leyesvo.pdf
- Asociación El Parto es Nuestro (2016). *Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica*. Retrieved from <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informe2016.pdf>
- Benyamini, Y., Molcho, M. L., Dan, U., Gozlan, M., & Preis, H. (2017). Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and Birth, 30*, 424–430. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.007>
- Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., & English, J. (2014). Home birth after hospital birth: Women's choices and reflections. *Journal of Midwifery & Women's Health, 59*(2), 160–166. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12113>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med, 12*(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Botero, J. C., Puerta, E., Lumertz, J., Sonaglio, R., Melo, R., & Rocha, C. (2016). Perspectivas teóricoprácticas sobre promoción de la salud en Colombia, Cuba y Costa Rica: Revisión integrativa. *Hacia Promoc Salud, 21*(2), 59–73. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.2.5>
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery Womens Health, 54*(2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.09.006>
- Burns, E. (2015). More than four walls: The meaning of home in home birth experiences. *Social Inclusion, 3*(2), 6–16. <https://doi.org/10.17645/si.v3i2.203>
- Canadian Association of Midwives (2013). *Position Statement on Home Birth*. Retrieved from <https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2016/06/CAMACSFHomeBirthPS-FINAL-2013ENG.pdf>
- Canadian Association of Midwives (2019). *Positions Statement on Home Birth*. Retrieved from https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2019/03/CAM_HomeBirthPS_EN_20190328_FINAL.pdf
- Castro, A. (2019). Witnessing obstetric violence during fieldwork: Notes from Latin America. *Health Human Rights, 21*(1), 103–113. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586976/>
- Cecagno, S., & Días de Oliveira, F. (2004). Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século xx numa ótica cultural. *Texto Contexto Enferm, 13*(3), 409–413. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300010>
- Cerqueira, R. (2019). *Obstetric Violence: Dehumanization of labor and evidences of silenced pain*. Retrieved from <http://isags-unasur.org/en/obstetric-violence-dehumanization-of-labor-and-evidences-of-silenced-pain/>
- Chevernak, F. A., Grünebaum, A., Arabin, B., & McCullough, L. B. (2017). The European court of human rights on planned home birth: Resolution of a paradoxical ruling. *BJOG, 124*(10), 1472–1473. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14705>
- Cheyney, M. J. (2008). Homebirth as systems-challenging praxis: Knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research, 18*(2), 254–267. <https://doi.org/10.1177/1049732307312393>
- Collaço, V., Santos, E., Souza, K., Alves, H., Zampieri, M., & Gregório, V. (2017). The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the hanami team. *Text Context Nursing, 26*(2), <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>
- Contreras, N., & Fernández, C. S. (2017). *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado*. Santiago de Chile: Pensamiento y Batalla.
- Cooper, H. (1984). *The Integrative Research Review: A Systematic Approach*. California, United States of America: Sage Publications.
- Davis-Floyd, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Creavida.
- De Castro, C. (2015). Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. *Cadernos Saúde Coletiva, 23*(1), 69–75. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500100102>
- De Crespigny, L., & Savulescu, J. (2014). Homebirth and the future child. *Journal of Medical Ethics, 40*, 807–812. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101258>
- De Jonge, A., Geerts, C. C., Van der Goes, B. Y., Mol, B. W., Buitendijk, S. E., & Nijhuis, J. G. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: A cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG, 122*, 720–728. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13168>
- De Jonge, A., Van Der Goes, B. Y., Ravelli, A. C. J., Amelink-Verburg, M. P., Mol, B. W., Nijhuis, J. G., & Buitendijk, S. E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG, 116*(9), 1177–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x>
- Delgado, C., Sampalo, I., & Barros, M. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Escola Anna Nery, 11*(1), 98–104. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715305014>
- Department of Health of United Kingdom. (1993). *Changing Childbirth: Report of the Expert Maternity Group pt.1. vol. 1*. London: Stationery Office Books.
- Díaz, L., & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia Obstétrica en América Latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho (Valparaíso), 51*, 123–143. <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Diniz, S., Salgado, H., Andrezza, H., Carvalho, P. G., Carvalho, P. C., Aguiar, C., & Niy, D. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development, 25*(3), 377–384. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Elder, H., Alio, A., & Fisher, S. (2016). Investigating the debate of home birth safety: A critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. *Japan Journal of Nursing Science, 13*, 297–308. <https://doi.org/10.1111/jjns.12116>
- Enhancing the Quality and Transparency of Health Research [EQUATOR] (2019). *Reporting guidelines for mail study types*. Retrieved from <http://www.equator-network.org/about-us/>
- Feeley, C., & Thomson, G. (2016). Why do some women choose to free-birth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth, 16*, 59–70. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>
- Fernández, M. I. (2017). Impacto económico del parto en casa vs. parto en el hospital. *Metas De Enfermería, 20*(7), 68–74. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6082133>
- Frank, T. C., & Pelloso, S. M. (2013). The perception of professionals regarding planned home birth. *Revista Gaucha De Enfermagem, 34*(1), 22–29. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100003>
- García, E. M. (2017). Towards the empowered births: Recovering our bodies kidnapped by the biomedicine. *Dossiers Feministes, 22*, 87–106. <https://doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.6>
- Gomes, S. C., Teodoro, L. P. P., Pinto, A. G. A., Oliveira, D. R., Quirino, G. S., & Pinheiro, A. K. B. (2018). Rebirth of childbirth: Reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Revista Brasileira De Enfermagem, 71*(5), 2594–2608. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>
- Hutton, E., Cappelletti, A., Reitsma, A., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C., & Ahmed, R. (2016). Outcomes associated with planned place of

- birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*, 188(5), 80–90. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150564>
- Hutton, E., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., & Kaufman, K. (2019). Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*, 14, 59–70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Partos en casa, datos y estadísticas*. Retrieved from <https://www.epdata.es/datos/partos-casa-nacimientos-datos-estadisticas/237/espana/106>
- International Confederation of Midwives. (2017). *Position Statement. Appropriate Maternity Services for Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period*. Retrieved from https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/PS2011_010%20ENG%20Home%20Birth.pdf
- Janssen, P. A., Herderson, A. D., & Vedam, S. (2009). The experience of planned home birth: Views of the first 500 women. *Birth*, 36(4), 297–304. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00357.x>
- Jouhki, M. R. (2012). Choosing homebirth-The women's perspective. *Women Birth*, 25(4), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.10.002>
- Jouhki, M. R., Suominen, T., & Astedt-Kurki, P. (2017). Giving birth on our own terms Women's experience of childbirth at home. *Midwifery*, 53, 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008>
- Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G. (2015). Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 206. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0639-4>
- Laza, C. (2011). ¿Cuál y por qué es la mejor experiencia para la mujer: la atención del parto normal en el hogar o en el hospital? *Evidencia: Revista De Enfermería Basada En La Evidencia*, 8(34), 11. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4661392>
- Laza, C. (2015). Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas Rurales por la partera tradicional. *Revista Cubana De Salud Pública*, 41(3), 487–496. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300008
- Lee, S., Ayers, S., & Holden, D. (2016). Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: A qualitative study. *Midwifery*, 38, 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.008>
- Leon-Larios, F., Nuno-Aguilar, C., Rocca-Ihenacho, L., Castro-Cardona, F., & Escuriet, R. (2019). Challenging the status quo: Women's experiences of opting for a home birth in Andalucía, Spain. *Midwifery*, 70, 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.001>
- Lessa, H., Rubio, M., Herdy, V., & Pereira, D. (2014). Information for the option of planned home birth: Women's right to choose. *Text Context Nursing*, 23(3), 665–672. <https://doi.org/10.1590/0104-0702014000930013>
- Lessa, H., Tyrell, R., Alves, V., & Rodrigues, D. (2014). Social Relations and the option for Planned Home Birth: An Institutional Ethnographic study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 239–249. Retrieved from <http://www.objnursing.u.br/index.php/nursing/article/view/4163>
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Capítulo III, art. 15, no 13. Publicada el 17 de septiembre del 2007. Retrieved from <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2010). Women's experiences of empowerment in a planned home birth: A Swedish population-based study. *Birth*, 37(4), 309–317. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x>
- Lindgren, H., Nässén, K., & Lundgren, I. (2017). Taking the matter into one's own hands—Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 11, 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.005>
- Lothian, J. A. (2010). How do women who plan home birth prepare for childbirth? *The Journal of Perinatal Education*, 19(3), 62–67. <https://doi.org/10.1624/105812410X514459>
- Martínez, E., Manrique, J., García, M. A., Martínez, P., Macarro, D., & Figuerol, M. I. (2016). Parto en casa versus parto hospitalario. *Metas De Enfermería*, 19(6), 50–59. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5566557>
- Martínez-Mollá, T., Siles, J., & Solano, M. C. (2019). Evitar la violencia obstétrica: Motivo para decidir el parto en casa. *Musas*, 4(1), 53–77. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.4>
- Matão, M. E., Miranda, D. B., Costa, B. P., & Borges, T. P. (2016). A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? *Revista De Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(2), 2147–2155. <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.983>
- McLachlan, H., McKay, H., Powell, R., Small, R., Davey, M.-A., Cullinane, F., ... Forster, D. (2016). Publicly-funded home birth in Victoria, Australia: Exploring the views and experiences of midwives and doctors. *Midwifery*, 35, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.004>
- Medeiros, R., Santos, I., & Silva, L. (2008). A escolha pelo parto domiciliário: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Escola Anna Nery*, 12(4), 765–772. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400022>
- Murray-Davis, B., McNiven, P., McDonald, H., Malott, A., Elarar, E., & Hutton, E. (2012). Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. *Midwifery*, 28(5), 576–581. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.013>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2014). *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. Retrieved from <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/2014-nice-intrapartum-care.pdf>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina (2015). *Informe final sobre la encuesta de atención al parto/cesárea*. Retrieved from <https://lascasildas.com.ar/proyectos.html>
- Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1–26, Art. No., CD000352. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>
- Ortega, E., Cairós, L. M., Clemente, J. A., Rojas, C., & Pérez, A. M. (2017). Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. *ENE, Revista De Enfermería*, 11(1). Retrieved from http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/676/parto_domicilio
- Pozzio, M. R. (2016). The Gynecology Obstetrics in Mexico: Between "Humanized Childbirth" and Obstetric Violence. *Estudios Feministas*, 24(1), 101–117. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Preis, H., Gozlan, M., Dan, U., & Benyamini, Y. (2018). A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. *Midwifery*, 63, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.002>
- Quigley, C., Taut, C., Zigman, T., Gallagher, L., Campbell, H., & Zgaga, L. (2016). Association between home birth and breastfeeding outcomes: A cross-sectional study in 28 125 mother–infant pairs from Ireland and the UK. *British Medical Journal Open*, 6, e010551. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010551>
- Rainey, E., Simonsen, S., Stanford, J., Shoaf, K., & Baayd, J. (2017). Utah obstetrician's opinions of planned home birth and conflicting NICE/ACOG guidelines: A qualitative study. *Birth*, 44(2), 137–144. <https://doi.org/10.1111/birt.12276>

- Rigg, E., Schmied, V., Peters, K., & Dahlen, H. G. (2017). Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1281-0>
- Roberts, C., Zuell, C., Landmann, J., & Wang, Y. (2010). Modality analysis: A semantic grammar for imputations of intentionality in texts. *Quality and Quantity*, 44, 239–257. <https://doi.org/10.1007/s11135-008-9194-7>
- Sadler, M., Santos, M. J. D. S., Ruiz-Berdún, D., Leiva-Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24, 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Samari, G. (2017). First birth and the trajectory of women's empowerment in Egypt. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(suppl 2), 362–374. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1494-2>
- Sanfelice, C. F. O., & Shimo, A. K. K. (2015a). Home birth: Understanding the reasons for this choice. *Text Context Nursing*, 24(3), 875–882. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002850014>
- Sanfelice, C. F. O., & Shimo, A. K. K. (2015b). Representações sociais sobre o parto domiciliar. *Escola Anna Nery*, 19(4), 606–613. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150081>
- Sanfelice, C. F. O., & Shimo, A. K. K. (2016). Good practices in home births: Perspectives of women who experimented birth at home. *Revista Eletronica De Enfermagem*, 18, 1–10. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.31494>
- Scarf, V., Rossiter, C. H., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., & Homer, C. S. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240–255. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
- Sena, L. M., & Tesser, C. D. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Comunicação Saúde Educação*, 21(60), 209–220. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sharma, G., Penn-Kekana, L., Halder, K., & Filippi, V. (2019). An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: A mixed methods study. *Reproductive Health*, 16, 7. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0668-y>
- Sialubanje, C., Massar, K., Hamer, D. H., & Ruiters, R. A. C. (2015). Reasons for birth and use of traditional birth attendants in rural Zambia: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 216–227. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0652-7>
- Silveira, I. S., Monticelli, M., Eggert, A., & Kotzias, E. (2013). Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 66(6), 879–886. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600011>
- Silveira, I. S., Monticelli, M., & Knobel, R. (2013). Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery*, 17(2), 298–305. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200014>
- Snowden, A., Martin, C., Jomeen, J., & Hollins-Martin, C. (2011). Concurrent analysis of choice and control in childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11, 40. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-40>
- Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada. (2019). No.372. Statement of Planned Homebirth. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada*, 41(2), 223–227. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.08.008>
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2010). Returning Birth to Aboriginal, Rural and Remote Communities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(12), 1186–1188. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34744-2](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34744-2)
- Titaley, C. R., Hunter, C. L., Dibley, M. J., & Heywood, P. (2010). Why do some women still prefer traditional birth attendants and birth? a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-43>
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12, 181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (2018). *How to transform a traditional motherhood into safe and family centered? Manual of practices to start the path to transformation*. Retrieved from <https://www.unicef.org/argentina/media/4841/file/Guia%20MSCF.pdf>
- Vedam, S., Stoll, K., MacDorman, M., Declercq, E., Cramer, R., Cheyney, M., ... Powell Kennedy, H. (2018). Mapping integration of midwives across the United States: Impact on access, equity, and outcomes. *PLoS ONE*, 13(2), e0192523. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192523>
- Whittemore, R., Chao, A., Jang, M., Minges, K. E., & Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart and Lung*, 43(5), 453–461. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>
- World Health Organization [WHO] (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436–437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)
- World Health Organization [WHO] (2014). *Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization [WHO] (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization [WHO] (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- Worman-Ross, K., & Mix, T. (2013). I Wanted Empowerment, Healing and Respect: Homebirth as Challenge to Medical Hegemony. *Sociological Spectrum*, 33(5), 453–481. <https://doi.org/10.1080/02732173.2013.818509>
- Zondag, L., Cadée, F., & De Geus, M. (2017). Midwifery in the Netherlands. Retrieved from <http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf>

How to cite this article: Rodríguez-Garrido P, Pino-Morán JA, Goberna-Tricas J. Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review. *Public Health Nurs*. 2020;00:1–17. <https://doi.org/10.1111/phn.12724>

7.2 Objetivo 2. Analizar el concepto de seguridad sobre el parto en domicilio

Revisión bibliográfica

(In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica

(Un)safety of home birth: a literature review

P. Rodríguez-Garrido¹, J. Goberna-Tricas²

¹Matrona. Doctoranda Programa Enfermería y Salud. Universidad de Barcelona (UB). Departamento de Enfermería, Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil (ESPSMMI). Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. ADHUC, Centro de Investigación en Teoría, Género y Sexualidad. UB. ²Matrona, Socióloga y Doctora en Filosofía. Profesora titular de Universidad. ESPSMMI. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. ADHUC; UB

RESUMEN

Objetivo: Analizar el concepto de seguridad sobre el parto en el domicilio en la literatura científica.

Metodología: Revisión bibliográfica en 5 bases de datos, PubMed, Scopus, WoS, CINAHL y Cochrane Library, con 3 combinaciones booleanas: «patient safety AND home childbirth»; «safety AND home childbirth»; «risk AND home childbirth».

Resultados: De un total de 4.647 artículos, 30 cumplían con los criterios de inclusión. Categorías principales: 1) riesgo de muerte; 2) escenario del parto; 3) modelo consensuado.

Conclusiones: La literatura científica que aborda el concepto de seguridad del parto en el domicilio está atravesada por nociones de riesgo y mortalidad. Ambas son determinantes al momento de tomar la decisión y decretar un lugar idóneo para el nacimiento. No obstante, la evidencia científica determina estándares de seguridad para llevar a cabo el parto en el domicilio: bajo riesgo obstétrico, acompañamiento de una matrona experta y un sistema de transferencia sanitaria bien integrado.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Seguridad del paciente, seguridad, parto en el domicilio, revisión bibliográfica, riesgo, matronería.

ABSTRACT

Objective: To analyze the concept of home birth safety in the scientific literature.

Methodology: Bibliographic review in five databases: PubMed, Scopus, WoS, CINAHL and Cochrane Library, with three Boolean combinations: «patient safety AND home childbirth»; «safety AND home childbirth»; «risk AND home childbirth».

Results: From a total of 4.647 articles, 30 were selected that met the inclusion criteria, emerging three main categories: 1) risk of death; 2) childbirth scenario; 3) model agreed upon.

Conclusions: The scientific literature that addresses the concept of home birth safety is mainly traversed by risk and mortality. Both are decisive when making the decision and decree an ideal place for the birth to take place. However, the scientific evidence determines the conditions to carry out the delivery at home under safety standards, these are: under obstetric risk, the accompaniment of an expert midwife and a health transfer system well integrated to the home.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Patient safety, safety, home childbirth, bibliographic review, risk, midwifery.

INTRODUCCIÓN

La seguridad desde el ámbito sanitario implica «el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia. Es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica»¹. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la seguridad

del paciente como principio fundamental en la atención sanitaria, resaltando que los eventos adversos pueden estar vinculados tanto en la práctica clínica como en los procedimientos y aplicación de protocolos².

En el caso particular de la atención al parto, en 2014 se elaboró la lista de la OMS de verificación de la seguridad en el parto, definiéndolo como «un fenómeno comple-

Fecha de recepción: 24/07/2019. Fecha de aceptación: 13/02/2020.

Correspondencia: P. Rodríguez-Garrido. Departamento de Enfermería, Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Campus Bellvitge. Feixa Larga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Correo electrónico: piarodriguezgarrido87@gmail.com

Rodríguez-Garrido P, Goberna-Tricas J. (In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2020; 21(2): e37-e46

jo», y remarcando que «es preciso insistir en que debe hacerse todo lo necesario para que tanto la madre como el recién nacido reciban la atención más segura posible»³.

De acuerdo con lo anterior, el parto se entiende como un evento biológico que debe llevarse a cabo en un ambiente seguro, debido al riesgo asociado que conlleva, lo que genera tranquilidad y confianza en el equipo facultativo que lo atiende⁴. Esa tranquilidad se transmite a través del dispositivo médico-sanitario que se despliega ante cualquier situación de emergencia. La presencia de insumos clínicos, medicamentos y personal capacitado son la clave para un parto exitoso y seguro⁵.

Como vemos, se resalta constantemente la «seguridad» durante el proceso de parto y nacimiento, ya que genera una sensación de integridad sanitaria dentro de los parámetros establecidos⁶.

En ese sentido, el National Health Service (NHS) del Reino Unido, a través de la revisión National Maternity Review en el informe «Better Births. Improving outcomes of maternity services in England», sugiere llevar a cabo una atención segura y con profesionales comprometidos para garantizar una transferencia rápida y un acceso adecuado a la atención⁷.

Por ello, algunos autores mencionan que el lugar idóneo para que se desarrolle el parto son las instituciones sanitarias, ya que proveen profesionales capacitados e instalaciones seguras para dar a luz⁸.

Complementando lo anterior, se afirma que estos espacios deben contemplar ciertas características para que el parto se desarrolle en un lugar más íntimo dentro del hospital, ya que genera mayor satisfacción en la mujer⁹. En ese sentido, cada vez es mayor el número de mujeres y parejas que demandan una atención que respete mejor la fisiología del parto y ofrezca un escenario de asistencia menos tecnificada y más humanizada¹⁰.

En consecuencia, y fruto de las demandas de los diversos movimientos sociales de mujeres que buscan visibilizar la excesiva medicalización del proceso de parto y nacimiento, han surgido conceptos como «parto humanizado», «humanización del parto», «parto respetado» y «parto natural» para referirse a un parto en el que la mujer es protagonista del proceso, lo cual le proporciona autonomía* y, sobre todo, seguridad durante el trabajo de parto y nacimiento dentro de las instituciones de salud^{11,12}.

De este modo, la aplicabilidad del modelo integral de atención al parto en las instituciones sanitarias –entendido como un modelo biopsicosocial basado en la seguridad del pacien-

te, calidad del proceso, cultura organizacional y coste-beneficio para la institución– demuestra mayor efectividad en la atención en términos de calidad y de bienestar materno, en comparación con la atención biomédica tradicional^{6,13}.

No obstante, algunas mujeres prefieren dar a luz en sus hogares, para evitar las excesivas intervenciones médicas a las que están expuestas en los centros sanitarios¹⁴. Asimismo, describen que no sólo basta con implementar un modelo integral de parto, sino también transformar la cultura médica hegemónica que predomina en la actualidad¹⁵. Para estas mujeres, la seguridad es transmitida por otros factores que se alejan de las comprensiones médicas dominantes: luz tenue, espacio conocido, apoyo constante, nula intervención y la compañía de una matrona experta son algunas de las características que les confieren seguridad y tranquilidad a la hora del parto¹⁶.

El lugar idóneo para el parto es un tema objeto de debate público y controversia. Una de las principales dimensiones de análisis en esta problemática recae en la presencia o ausencia de «seguridad» en el momento del parto, en tanto característica fundamental, desde el punto de vista sanitario, para facilitar el nacimiento. Por ello, el objetivo principal de esta investigación fue analizar el concepto de seguridad del parto en el domicilio presente en la literatura científica.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL y Cochrane Library. La búsqueda de los artículos científicos se realizó en inglés y en español.

Las palabras clave utilizadas fueron seleccionadas a través del DeCS (descriptores en ciencias de la salud), y fueron las siguientes: «patient safety», «safety», «risk» y «home childbirth».

La búsqueda se llevó a cabo con el operador booleano «AND». Las combinaciones booleanas utilizadas fueron: «patient safety AND home childbirth»; «safety AND home childbirth»; «risk AND home childbirth».

Con la búsqueda inicial se obtuvo un total de 4.647 artículos. Para precisar y cumplir con el objetivo de investigación, se aplicaron varios criterios de inclusión que ayudaron a reducir la muestra obtenida:

- Artículos científicos publicados desde 2014 a 2019.
- Artículos de acceso abierto.
- Diseños metodológicos cualitativos, cuantitativos y mixtos.
- La dimensión central del estudio era la seguridad y/o el riesgo del parto en el domicilio.

Tras la aplicación de los criterios antes mencionados, se obtuvo un total de 1.092 artículos. La tercera etapa del

*La autonomía implica la facultad de una persona para obrar según su criterio, con independencia de la opinión o deseo de otros. Sin embargo, su aplicabilidad ha sido objeto de discusión, debido a la mercantilización que ha generado su uso. Para mayor detalle, se puede consultar: Everingham C. Maternidad: autonomía y dependencia. Un estudio desde la psicología. Narcea, 1997.

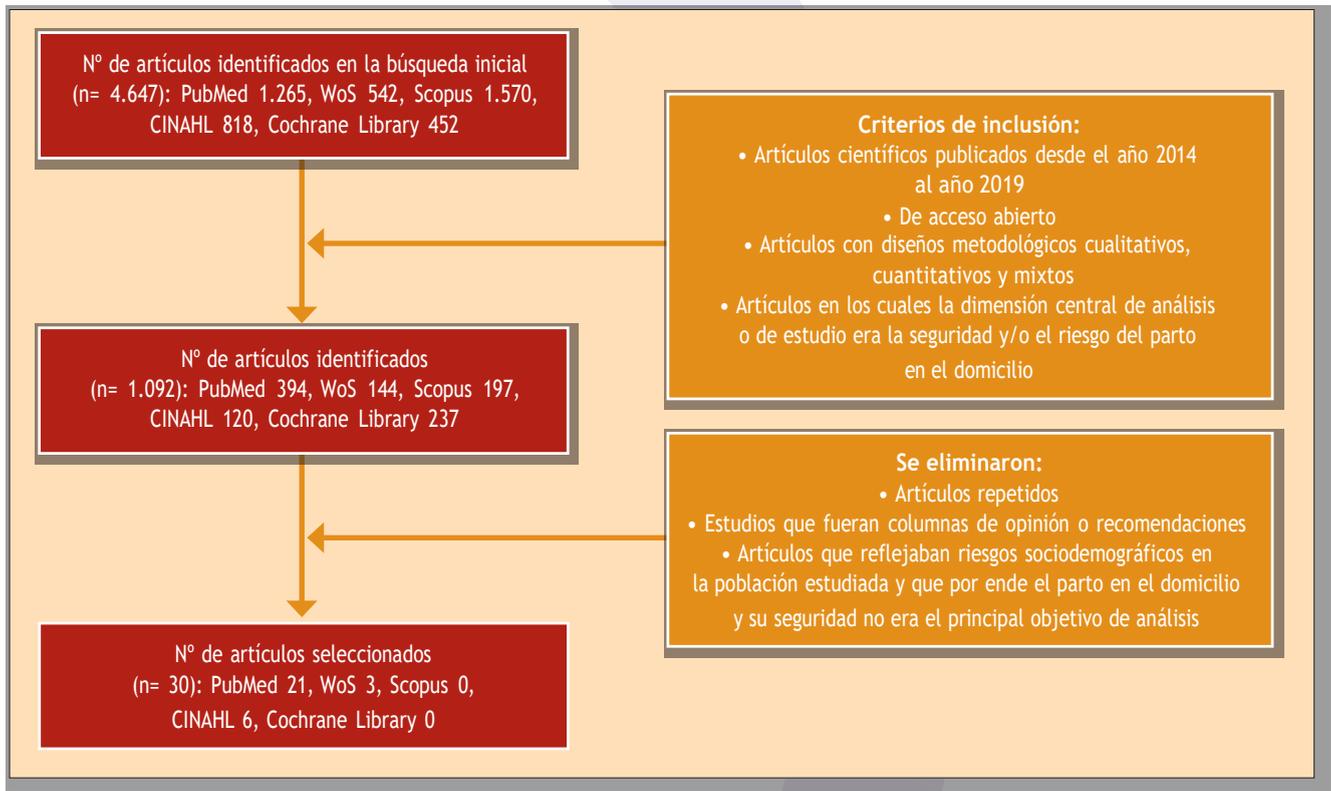


Figura 1. Flujograma selección de artículos. (Figura de elaboración propia)

Tabla 1. Metodologías de los artículos

Metodología/método	PubMed	CINAHL	WoS	Scopus	Cochrane Library
Estudio de cohortes retrospectivo	8	1			
Estudio de cohortes prospectivo	3				
Estudio observacional	1				
Estudio transversal	2				
Sistematización con metaanálisis	2				
Análisis del contenido	3	3	1		
Análisis del discurso	1	1			
Revisión crítica de la literatura	1				
Revisión bibliográfica		1			
Etnografía			1		
Teoría fundamentada			1		

(Tabla de elaboración propia)

estudio implicó la eliminación de los artículos que se repetían en las 5 bases de datos, los estudios que fueran columnas de opinión o recomendaciones sobre el parto en el domicilio y, finalmente, los artículos que reflejaban riesgos sociodemográficos en la población estudiada y, por tanto, cuyo principal objetivo de análisis no fuera el parto en el domicilio y su seguridad (figura 1).

Finalmente, y tras la tercera etapa de selección, se obtuvo un total de 30 artículos científicos (tabla 1), de los cuales emergieron tres categorías analíticas que se desa-

rollaron en el apartado de resultados: riesgo de muerte, escenario del parto y modelo consensuado.

RESULTADOS

Riesgo de muerte (tabla 2)

Esta variable es frecuente en la descripción de los artículos que comparan y analizan el parto en el domicilio frente al parto hospitalario. Las altas tasas de mortalidad neonatal que supone el parto en el domicilio son discutidas cons-

Tabla 2. Riesgo de muerte

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Ortega et al.	2017	Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa	Comparar la práctica clínica, la legislación y los requisitos en los países con mayores tasas de parto en el domicilio	Búsqueda bibliográfica	La seguridad del parto en el hogar sigue siendo motivo de discrepancia entre los profesionales sanitarios y de importantes diferencias en las políticas internacionales
Snowden et al.	2015	Planned out-of-hospital birth and birth outcomes	Evaluar la tasa de resultados de acuerdo con el lugar del parto planificado	Estudio de cohortes retrospectivo	La mortalidad perinatal fue mayor en el parto planificado fuera del hospital; sin embargo, el riesgo absoluto de muerte fue bajo en ambos casos
Ovaskainen et al.	2019	Planned home deliveries in Finland, 1996-2013	Evaluar tendencias y resultados perinatales de partos planificados en casa en Finlandia	Estudio de cohortes retrospectivo	La tasa de partos en el domicilio planificados aumentó. En el caso de partos de bajo riesgo, la morbilidad neonatal pareció aumentar
Li et al.	2015	Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at «higher risk» of complications: secondary analysis of the Birthplace National Prospective Cohort Study	Explorar y comparar resultados maternos y perinatales en mujeres de alto riesgo de complicaciones que planean el parto en casa frente a una unidad obstétrica	Estudio de cohortes prospectivo	Los bebés de mujeres con mayor riesgo que planean nacer en una unidad obstétrica parecen tener más probabilidades de ingresar en una unidad de neonatología que aquellos que nacen en casa. Las tasas de morbimortalidad intraparto no fueron diferentes
Davis-Tuck et al.	2018	Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data	Comparar las tasas de resultados de mujeres de alto y bajo riesgo que tuvieron el parto en casa y en el hospital	Estudio de cohortes retrospectivo	El parto en casa planificado se asoció con tasas significativamente más bajas de intervenciones obstétricas
Halfdansdottir et al.	2018	Contraindications in planned home birth in Iceland: a retrospective cohort study	Examinar si las contradicciones afectan el resultado del parto en casa planificado o si tienen un efecto distinto en el hogar que en el hospital	Estudio de cohortes retrospectivo	Las contradicciones están relacionadas con tasas más altas de resultados adversos maternos y neonatales, independientemente del lugar de nacimiento
Van der Kooy et al.	2017	Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and perinatal mortality rates, an observational study	Comparar el modo de parto entre el parto planificado en casa frente al planificado en el hospital, y determinar si las diferencias en las tasas de intervención podrían deberse a sobre/intratamiento	Estudio observacional	La posible presencia de sobre/intratamiento expresado por la mortalidad perinatal ajustada difiere según el grupo de riesgo. En los partos en casa las mujeres multiparas mostraron tasas de intervención más bajas
Rossi y Prefumo	2018	Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: a systematic review with meta-analysis	Cuantificar los resultados del embarazo tras un parto planificado en casa frente al planificado en el hospital	Revisión sistemática y metaanálisis	Los nacimientos en el hospital tienen más probabilidades de recibir intervenciones médicas en caso de complicaciones obstétricas

(Continúa)

Tabla 2. Riesgo de muerte (Continuación)

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Jensen et al.	2017	Quality assessment of home births in Denmark	Describir los resultados neonatales de los partos en casa frente a los realizados en el hospital, y discutir qué datos son necesarios para evaluar la seguridad del parto en casa	Estudio de cohortes basado en registros	Los nacimientos en el hogar en Dinamarca se caracterizan por un alto nivel de seguridad, evaluado en las bajas tasas de morbilidad perinatal
Grünebaum et al.	2017	Underlying causes of neonatal deaths in term singleton pregnancies: home births versus hospital births in the United States	Evaluar las causas subyacentes de la mortalidad neonatal en los partos en casa atendidos por matronas, y compararlas con los partos en el hospital atendidos por matronas o médicos en Estados Unidos	Estudio de cohortes retrospectivo	Los riesgos de muerte neonatal entre los partos en casa atendidos por matronas aumentan significativamente por causas subyacentes: problemas de parto, infecciones y malformaciones fetales
Lee et al.	2016	Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: a qualitative study	Examinar la percepción del riesgo en mujeres de alto riesgo que planeaban un parto en el hogar o en el hospital, a pesar de la contrariedad por parte del médico	Estudio cualitativo	Las mujeres que planearon partos en el hogar evaluaron sus riesgos como menores, y expresaron menos preocupaciones que las mujeres que planificaron un parto hospitalario
Fage-Butler	2017	Risk resistance: constructing home birth as morally responsible on an online discussion group	Explorar cómo las mujeres que participan en un grupo de discusión <i>online</i> resisten a los discursos hegemónicos sobre el parto en casa	Análisis del discurso basado en un análisis foucaultiano	El enfoque en las personas que «asumen riesgos» es fundamental para comprender su decisión por parte de los profesionales de la salud, que deben buscar mejorar la información sobre los lugares de nacimiento con las gestantes

tantemente y varían de acuerdo con la realidad sociodemográfica de cada país¹⁷. En ese sentido, algunas investigaciones indican que existe un aumento en la tasa de mortalidad perinatal en los partos planificados en el domicilio, aunque el riesgo absoluto se mantiene igual en ambos tipos de partos^{18,19}. Del mismo modo, algunos estudios atribuyen el aumento en la tasa de mortalidad materna y perinatal a los altos factores de riesgo asociados a la mujer que da a luz en el domicilio en comparación con las mujeres de bajo riesgo que paren en casa²⁰⁻²². Para estos efectos, la importancia del bajo riesgo obstétrico recae en ser mujer gestante múltipara y contar con una matrona cualificada que acompañe el parto en casa, ya que, según la evidencia, disminuye la tasa de mortalidad y morbilidad^{23,24}.

Por el contrario, Jensen et al.²⁵ aseguran que no existe una diferencia significativa en el bajo test de Apgar al nacer y el ingreso a una unidad de neonatología ocasionada por la morbilidad de los nacimientos ocurridos en el domicilio y en el hospital. No obstante, Grünebaum et al.²⁶ afir-

man que las causas de muerte neonatal en un parto atendido en el domicilio y acompañado por una matrona son elevadas, ya que siempre existe el riesgo de morbilidades, incluso mayores que en un parto atendido en el hospital.

En ese sentido, y al mencionar los riesgos, Lee et al.²⁷ aseguran que la percepción de «riesgo» no es la misma en todas las mujeres que dan a luz, es decir, las mujeres que paren en casa con gestaciones de alto riesgo lo hacen principalmente por la seguridad que sienten en el interior de sus hogares, por lo que la comprensión de «riesgo» no debe analizarse homogéneamente en todas las mujeres. A esta reflexión Fage-Butler²⁸ añade la importancia de dismantlar el discurso biomédico sobre los riesgos en torno al parto, ya que atemorizan a la comunidad generando una sensación constante de inseguridad ante este tipo de eventos fisiológicos.

Escenario del parto (tabla 3)

El lugar en el que se desarrolla el nacimiento es de vital importancia, por todas las representaciones sociales que con-

Tabla 3. Escenario del parto

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Stoll et al.	2016	Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students	Examinar las preferencias por el lugar del parto, el tipo de maternidad, el modelo del parto y las actitudes en el parto	Estudio transversal descriptivo mediante encuesta	Los estudiantes que prefirieron matronas tenían intenciones de parto vaginal. Los estudiantes que prefirieron médicos expresaban su preocupación por la seguridad en el parto
Meroz y Gesser-Edelsburg	2015	Institutional and cultural perspectives on home birth in Israel	Exposiciones de percepciones y percepciones erróneas de médicos y matronas sobre el parto en casa y sus riesgos	Estudio cualitativo	Los médicos y matronas del hospital no tienen la costumbre de vincularse con partos en casa, lo que conlleva no comprender los riesgos y sus normativas
Licqurish y Evans	2016	«Risk or right»: a discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements	Investigar las tensiones entre las matronas de partos en casa y de partos hospitalarios	Análisis foucaultiano del discurso	Existe una oposición desde la RANZCOG basada en el riesgo para el neonato. Los documentos de la ACM defienden el derecho de las mujeres a elegir el parto en el hogar con gestaciones de bajo riesgo
Gottfredsdottir et al.	2015	Home birth constructed as a safe choice in Iceland: a content analysis on Icelandic media	Explorar la forma en la cual los constructos del parto planificado en casa son representados en los medios islandeses	Análisis del contenido	El parto en casa planificado no se discute mucho. Sin embargo, las mujeres que lo eligieron referían que era seguro, identificando puntos de vista similares a los de las matronas
Brailley et al.	2015	Swimming against the tide: women's experience of choosing a homebirth in Switzerland	Explorar los factores que influyen en las mujeres suizas a parir en casa	Estudio cualitativo	La seguridad es una característica fundamental para decidir el lugar del parto
Lee et al.	2016	Decision-making regarding place of birth in high risk pregnancy: a qualitative study	Investigar la decisión de las mujeres de alto riesgo para el lugar del parto	Estudio cualitativo	Aunque la seguridad era un factor importante para ambos grupos, la decisión del lugar fue diferente debido a las creencias sobre el nacimiento
Scarf et al.	2018	Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis	Comparar resultados maternos y perinatales en diferentes lugares del parto	Revisión sistemática y metaanálisis	La evidencia indica que en embarazos de bajo riesgo el lugar de nacimiento no tuvo un impacto estadísticamente significativo en la mortalidad infantil
Driéguez et al.	2018	Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España	Describir la experiencia de las mujeres que vivieron sus partos en el entorno hospitalario y en casa, en España entre los años 60 y 70	Estudio cualitativo	Queda reflejado que los partos en casa, siempre que sean de bajo riesgo y atendidos por personal cualificado, son seguros y que hay que dejar a la mujer que, con toda la información, decida siempre dónde quiere dar a luz
Clancy y Gürgens	2019	Home as a place for giving birth: a circumpolar study of the experiences of mothers and midwives	Explorar qué dicen las mujeres y matronas sobre el parto en casa y la interacción entre madre, pareja y matrona	Estudio cualitativo	Parir en casa involucra celebración y una seguridad ontológica. También abarca una amplia comprensión del riesgo, de las estructuras de poder, la responsabilidad y la codeterminación

(Continúa)

Tabla 3. Escenario del parto (Continuación)

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Hermus et al.	2017	Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study	Comparar el índice de optimización del parto planificado en un centro de partos, en un hospital y en casa	Estudio de cohortes prospectivo	Las mujeres con partos en casa tuvieron un índice más alto que las mujeres con partos en centros de partos planificado
Louse	2017	«Where do you want to have your baby?». Women's narratives of how they chose their birthplace	Explorar cómo las madres primerizas de bajo riesgo eligieron el lugar del parto	Estudio cualitativo	La mayoría de las mujeres dan a luz en un hospital, ya que todavía se considera que es el lugar más seguro para la madre, el bebé, las parejas y muchos profesionales de la salud
Ferreira et al.	2018	Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option	Analizar la elección de las mujeres para el parto planeado en el hogar como factor de seguridad, así como de comodidad	Estudio cualitativo	La expresión del parto natural está presente en las concepciones de las mujeres, transmitiendo así la seguridad hacia la opción del parto en el hogar a los profesionales de la salud
Sluijs et al.	2015	Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home-or hospital birth?	Explorar el miedo al parto en relación con el lugar de nacimiento, y relacionar cómo el lugar del parto de la madre o hermana se relacionó con el lugar preferido	Estudio de cohortes prospectivo	No se encontraron diferencias significativas en el miedo al parto entre las mujeres que prefirieron el hogar o el hospital para ello. El lugar de nacimiento de los familiares predijo una mayor probabilidad de que la mujer eligiera el mismo lugar

lleva, tanto para las instituciones de salud como para las mujeres-madres que lo significan. En ese sentido, algunos estudios aseguran que contar con un médico especializado y que el parto ocurra en un hospital son fundamentales, ya que ambos contextos transmiten seguridad en caso de que ocurra una emergencia obstétrica con peligro de muerte tanto para la madre como para el recién nacido^{29,30}.

A partir de ello, Licqurish y Evans³¹ describen la posición en torno al escenario ideal del parto del Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) y de la Australian College of Midwives (ACM), y concluyen que el RANZCOG no está de acuerdo con el parto en el domicilio debido a sus riesgos asociados y la poca seguridad que conlleva; por el contrario, la ACM asegura que la mejor opción para el parto es realizarlo en el domicilio siempre y cuando la mujer gestante cuente con una matrona cualificada y la gestación sea de bajo riesgo obstétrico.

En ese sentido, el escenario ideal del parto para algunas mujeres es el hospital, ya que lo consideran más seguro en caso de presentar problemas durante el parto. Por otro lado, existen mujeres que consideran más seguro el do-

micilio al no existir intervenciones médicas, respetarse el progreso fisiológico del parto y ser un lugar que aporta calidez e intimidad, características fundamentales para que el parto pueda desencadenarse naturalmente³²⁻³⁷. Esta sensación de seguridad aumenta si se cuenta con la compañía de una matrona cualificada³⁸⁻⁴⁰.

Las motivaciones negativas y positivas sobre el escenario del parto no sólo provienen de las instituciones sanitarias, sino también del entorno familiar y social de la mujer gestante. En ese sentido, si no existe «costumbre» de parto en casa como escenario ideal, se percibirá negativamente esa opción, ya que el miedo y la incertidumbre por lo que vendrá serán traspasados a la mujer que desee llevar a cabo el parto en el domicilio⁴¹.

Modelo consensuado (tabla 4)

Esta categoría fue elaborada a partir de las principales recomendaciones que hacen los estudios obtenidos que comparan y analizan la seguridad del parto en el domicilio y hospitalario.

Cabe destacar que no todos los autores concluyen con unanimidad validar el parto en el domicilio en términos

Tabla 4. Modelo consensuado

Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
McLachlan et al.	2016	Publicly-funded home birth in Victoria, Australia: exploring the views and experiences of midwives and doctors	Explorar las experiencias de matronas y médicos sobre modelos de parto en casa financiados con fondos públicos	Encuesta transversal	La mayoría pensó que el modelo era seguro para las mujeres y los bebés. Los médicos tenían opiniones encontradas sobre la seguridad del modelo
Elder et al.	2016	Investigating the debate of home birth safety: a critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes	Evaluar las fortalezas y limitaciones de los enfoques metodológicos de los estudios de cohortes que comparan partos en casa y en el hospital	Revisión crítica de estudios de cohortes	Puntos clave del estudio y que fortalecerán futuras investigaciones: identificación del asistente de parto, ubicación del nacimiento planificado y especificación del riesgo de nacimiento
Hutton et al.	2016	Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies	Evaluar los entornos de parto comparando la mortalidad neonatal, la morbilidad y las tasas de intervenciones entre los partos en casa y el hospital	Estudio de cohortes retrospectivo	En comparación con el parto en el hospital, el parto en casa integrado en el sistema de salud y acompañado de una matrona no se asoció con resultados neonatales adversos graves
Halfdansson et al.	2015	Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study	Comparar los resultados de partos en casa y hospitalarios planificados en grupos de bajo riesgo en Islandia	Estudio de cohortes retrospectivo	El parto en el hogar planificado para mujeres de bajo riesgo es tan seguro como el parto en el hospital planificado
De Jonge et al.	2015	Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases	Comparar los resultados perinatales adversos entre partos en casa y hospitalarios planificados	Estudio de cohortes nacional	No se encontró un mayor riesgo en los resultados perinatales adversos de partos en casa en mujeres de bajo riesgo

de seguridad; no obstante, muestran cierta apertura considerando las demandas de los movimientos sociales de mujeres que reclaman el derecho al ejercicio libre de la maternidad, que implica directamente la capacidad de poder decidir cómo, dónde y con qué profesional –o no– quieren dar a luz^{11,12}. En ese sentido, elegir un parto en el domicilio acompañado por un experto, habitualmente representado en la figura de la «matrona», conlleva una decisión a la que hoy en día no todas las mujeres pueden acceder¹⁷.

Por ese motivo, algunos estudios aquí presentados desarrollaron determinadas directrices al respecto, que implican elaborar y replicar un modelo óptimo de cuidados para el desarrollo del parto en el domicilio⁴². Este modelo ya está vigente en algunos países, en los que ha funcionado sin alterar significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad en los indicadores demográficos⁴³.

Por tanto, el modelo consensuado resalta la importancia de que el parto se pueda desarrollar con la compañía de matronas cualificadas, siempre y cuando las mujeres ges-

tantes sean de bajo riesgo obstétrico y que el sistema de salud esté bien integrado y coordinado con la asistencia en el domicilio o el lugar en que se realice el parto⁴⁴⁻⁴⁶.

DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica aquí presentada contempla estudios realizados bajo diversas metodologías de investigación; sin embargo, se consideraron sólo los escritos en dos idiomas, dejando fuera estudios que pudiesen haber enriquecido el debate. Tampoco se incluyeron investigaciones que abordan la percepción de riesgo dentro de las instituciones sanitarias y desde las propias voces de las mujeres gestantes, ambas consideradas como líneas futuras de desarrollo que enriquecerán y fortalecerán el debate sobre la seguridad del parto en el domicilio.

El factor común presente en las investigaciones sobre partos en el domicilio se relaciona con la presencia de (in)seguridad en el nacimiento. Este concepto cobra im-

portancia desde el punto de vista biomédico, ya que implica consecuencias mortales, tanto maternas como fetales, si no se contempla dentro de la atención sanitaria⁴⁷.

Los resultados maternos y fetales son primordiales para tomar la decisión de dónde parir. En este sentido, el England Collaborative Group destaca la posibilidad de ofrecer a las mujeres multíparas de bajo riesgo obstétrico la opción de elegir el lugar del parto, incluido el domicilio, debido al bajo impacto en los resultados perinatales que conlleva⁴⁸. Similar situación se describe en los estudios de Van der Kooy et al.²³, Rossi y Prefumo²⁴ y Hutton et al.⁴⁴, agregando la importancia de la presencia de una matrona cualificada en la atención al parto. No obstante, investigaciones como la de Grünebaum et al.²⁶ puntualizan que la matrona no sólo debe ser experta en la materia, sino que además debe estar certificada.

En el marco comparativo de la seguridad entre el parto hospitalario y domiciliario, el estudio de Kennare et al.⁴⁹ describe que la seguridad de este último está relacionada con analizar de manera efectiva los riesgos obstétricos y la facilidad en el momento de transferir. Del mismo modo lo plantean McLachlan et al.⁴², añadiendo que la transferencia sería más fácil si la matrona que acompaña el parto en casa fuera miembro del hospital al cual se transfiere.

La revisión Cochrane más destacada que aborda el campo comparativo entre el parto en el domicilio y el hospitalario fue realizada por Olsen y Clausen en 2012, en la que las autoras concluyen que «no existen pruebas sólidas de ensayos aleatorizados que favorezcan el parto planificado en el hospital o el planificado en el domicilio en pacientes embarazadas de bajo riesgo»⁵⁰.

De este modo, y como aclara el estudio de Elder et al.⁴³, no existe un riesgo significativo comparativo en el caso de que el parto en el domicilio cumpla las condiciones mínimas para llevarse a cabo, es decir, un modelo consensuado que incluya a mujeres con gestaciones de bajo riesgo obstétrico, una matrona cualificada y un sistema de transferencia sanitaria bien integrado en el domicilio en que tenga lugar el parto⁴⁵.

Finalmente, las representaciones sociales asociadas a la seguridad del parto desde la óptica de las mujeres que dan a luz son diversas, en tanto que existe una heterogeneidad de éstas y no siempre coinciden con las apreciaciones y valoraciones de los/as profesionales. En este sentido, algunas mujeres se sienten seguras únicamente en un entorno hospitalario, mientras que otras, apartándose del sistema biomédico, consideran seguro un parto domiciliario autoasistido⁵¹. Del mismo modo, y teniendo en cuenta la dicotomía en los modelos de atención al nacimiento, algunas mujeres prefieren un parto en casa, pero con el resguardo que les proporciona el modelo sanita-

rio, en tanto que cuentan con el apoyo de una matrona experta y confían en la seguridad que ésta les confiere⁴⁰.

CONCLUSIONES

La literatura científica que aborda el concepto de seguridad del parto en el domicilio está atravesada principalmente por nociones de riesgo y mortalidad. Ambas son determinantes al momento de analizar la presencia de seguridad en el nacimiento y decretar un lugar idóneo para que éste ocurra.

La bibliografía científica consultada indica, por un lado, la falta de investigaciones que puedan ser determinantes para posicionar el parto hospitalario sobre el realizado en el domicilio, principalmente por concluir que en ambos espacios no varía significativamente la tasa de mortalidad materna y perinatal. Y, por otro lado, las investigaciones realizadas en torno a este tema sugieren un modelo consensuado para llevar a cabo el parto en el domicilio bajo estándares de seguridad.

En este sentido, se considera que los parámetros para un parto seguro en el domicilio son el bajo riesgo obstétrico, que se acompañe por una matrona experta en la materia, y que exista un sistema de transferencia sanitaria bien integrado al domicilio. No obstante, surgen algunas preguntas que quizá nos puedan orientar sobre posibles propuestas de investigación futuras: ¿qué parámetros definen el riesgo y en qué contextos?, ¿el concepto de riesgo obstétrico debe prevalecer sobre la subjetividad de la mujer gestante?, ¿reflexionamos sobre los riesgos existentes dentro de las instituciones sanitarias? Éstas son algunas de las preguntas que creemos ayudarán a profundizar y fortalecer el debate sobre la seguridad del parto en el domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Rev Med Clin Condes*. 2017; 28(5): 785-95.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 2007 [consultado el 9 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lista de la OMS de verificación de la seguridad del parto. Guía de aplicación. Boston: Ariadne Labs, 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207480/9789243549453_spa.pdf?sequence=1
4. Symon A, Winter C, Donnan P, Kirkham M. Examining autonomy's boundaries: a follow-up review of perinatal mortality cases in UK independent midwifery. *Birth*. 2010; 37(4): 280-7.
5. O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 11: CD005455.
6. Uribe C, Contreras A, Bravo P, Villarroel L, Abarzúa F. Modelo de asistencia integral del parto: concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018; 83(3): 266-76.
7. National Health Service. National Maternity Review. Better Births. Improving outcomes of maternity services in England. 2016 [consultado el 9 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf>

8. Fletcher BR, Rowe R, Hollowell J, Scanlon M, Hinton L, Rivero-Arias O. Exploring women's preferences for birth settings in England: a discrete choice experiment. *PLoS One*. 2019; 14(4): e0215098.
9. Sánchez A, Sánchez C, Pozo MD. Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Matronas Prof.* 2018; 1(6): 31-6.
10. Goberna-Tricas J, Palacio-Tauste A, Banús-Giménez MR, Linares-Sancho S, Salas-Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9(1): 5-10.
11. Aranu J, Martínez ME, Nicolás MD, Bas E, Morales R, Álvarez L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Rev Antrop Iberoamer.* 2012; 7(2): 225-47.
12. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-6.
13. Valenzuela MT, Uribe C, Contreras A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index Enferm.* 2011; 20(4): 243-7.
14. Leon-Larios F, Nuno-Aguilar C, Rocca-Ihenacho L, Castro-Cardona F, Ecuriet R. Challenging the status quo: women's experiences of opting for a home birth in Andalucía, Spain. *Midwifery.* 2019; 70: 15-21.
15. Worman-Ross K, Mix T. I wanted empowerment, healing and respect: homebirth as challenge to medical hegemony. *Sociological Spectrum.* 2013; 33(5): 453-81.
16. Rigg E, Schmieid V, Peters K, Dahlen HG. Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 99-112.
17. Ortega E, Cairós LM, Clemente JA, Rojas C, Pérez AM. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. *Ene.* 2017; 11(1).
18. Snowden J, Tilden E, Snyder J, Quigley B, Caughey A, Cheng Y. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med.* 2015; 373(27): 2.642-53.
19. Ovaskainen K, Ojala R, Tihtonen K, Gissler M, Luukkaala T, Tammela O. Planned home deliveries in Finland, 1996-2013. *J Perinatol.* 2019; 39(2): 220-8.
20. Li Y, Townend J, Rowe R, Brocklehurst P, Knight M, Linsell L, et al. Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at «higher risk» of complications: secondary analysis of the Birthplace National Prospective Cohort Study. *BJOG.* 2015; 122(5): 741-53.
21. Davis-Tuck M, Wallace E, Davey MA, Veitch V, Oats J. Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1): 357-64.
22. Halfdansson B, Hildingsson I, Smarason A, Sveinsdottir H, Olafsdottir O. Contraindications in planned home birth in Iceland: a retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc.* 2018; 15: 10-7.
23. Van der Kooy J, Bernie E, Denktas S, Steegers EAP, Bonsel GJ. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and perinatal mortality rates, an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 177.
24. Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: a systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 222: 102-8.
25. Jensen S, Colmorn LB, Schroll AM, Krebs L. Quality assessment of home births in Denmark. *Dan Med J.* 2017; 64(5): 5367A.
26. Grunebaum A, McCullough L, Arabin B, Dudenhausen J, Orosz B, Chervenak F. Underlying causes of neonatal deaths in term singleton pregnancies: home births versus hospital births in the United States. *J Perinat Med.* 2017; 45(3): 349-57.
27. Lee S, Ayers S, Holden D. Risk perception and choice of place of birth in women with high risk pregnancies: a qualitative study. *Midwifery.* 2016; 38: 49-54.
28. Fage-Butler AM. Risk resistance: constructing home birth as morally responsible on an online discussion group. *Health Risk and Society.* 2017; 19(3-4): 130-44.
29. Stoll KH, Hauck YL, Hall WA. Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. *Women Birth.* 2016; 29(1): e33-e38.
30. Meroz MR, Gesser-Edelsburg A. Institutional and cultural perspectives on home birth in Israel. *J Perinatal Educ.* 2015; 24(1): 25-36.
31. Licqurish S, Evans A. «Risk or right»: a discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements. *Nursing Inquiry.* 2016; 23(1): 86-94.
32. Gottfredsdottir H, Magnúsdóttir H, Hálfðánsdóttir B. Home birth constructed as a safe choice in Iceland: a content analysis on Icelandic media. *Sex Reprod Healthc.* 2015; 6(3): 138-44.
33. Brailey S, Jarett P, Luyben A, Poat A. Swimming against the tide: women's experience of choosing a homebirth in Switzerland. *Br J Midwifery.* 2015; 23(11): 780-9.
34. Lee S, Ayers S, Holden D. Decision-making regarding place of birth in high-risk pregnancy: a qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2016; 37(2): 44-50.
35. Scarf V, Rossiter C, Vedam S, Dahlen H, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery.* 2018; 62: 240-55.
36. Driéguez C, López E, Avilés Z, Conesa M. Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España. *Cultura de los Cuidados.* 2018; 22(52): 77-91.
37. Clancy A, Girens R. Home as a place for giving birth: a circumpolar study of the experiences of mothers and midwives. *Health Care Women Int.* 2019; 40(2): 121-37.
38. Hermus MAA, Hitzert M, Boesveld IC, Van den Akker-Van Marle E, Van Dommelen P, Franx A, et al. Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study. *BMJ Open.* 2017; 7(11): e016958.
39. Louse C. «Where do you want to have your baby?». Women's narratives of how they chose their birthplace. *Br J Midwifery.* 2017; 25(2): 94-102.
40. Ferreira H, Rubio MA, Herdy V, Pereira D. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option. *Rev Fun Care Online.* 2018; 10(4): 1118-22.
41. Sluijs AM, Cleiren MP, Scherjon SA, Wijma K. Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home- or hospital birth? *Midwifery.* 2015; 31(12): 1143-8.
42. McLachlan H, McKay H, Powell R, Small R, Davey MA, Cullinane F, et al. Publicly-funded home birth in Victoria, Australia: exploring the views and experiences of midwives and doctors. *Midwifery.* 2016; 35: 24-30.
43. Elder H, Alio A, Fisher S. Investigating the debate of home birth safety: a critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. *Japan J Nurs Sci.* 2016; 13(3): 297-308.
44. Hutton E, Cappelletti A, Reitsma A, Simioni J, Horne J, McGregor C, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ.* 2016; 188(5): 80-90.
45. Halfdansson B, Smarason A, Olafsdottir O, Hildingsson I, Sveinsdottir H. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth.* 2015; 42(1): 16-26.
46. De Jonge A, Geerts CC, Van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743.070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG.* 2015; 122: 720-8.
47. Carvajal J. Parto programado en el domicilio: mirada desde la SOCHOG. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017; 82(2): 94-95.
48. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Birthplace in England Collaborative G. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in England National Prospective Cohort Study. *BMJ.* 2011; 343: 7400d.
49. Kennare RM, Keirse MJ, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust.* 2010; 192(2): 76-80.
50. Olsen O, Clausen J. Planned hospital birth versus planned home birth (review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 9(9): CD000352.
51. Holten L, Miranda E. Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: an exploration of the literature on «birthing outside the system». *Midwifery.* 2016; 38: 55-62.

7.3 Objetivo 3. Analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno

RESEARCH ARTICLE

Birth cultures: A qualitative approach to home birthing in Chile

Pía Rodríguez-Garrido ^{1,2}, Josefina Goberna-Tricas ^{1*}

1 Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, ADHUC Research Centre: Theory, Gender and Sexuality, University of Barcelona, Barcelona, Spain, **2** Department of Health, University of O'Higgins, O'Higgins, Chile

* jgoberna@ub.edu OPEN ACCESS

Citation: Rodríguez-Garrido P, Goberna-Tricas J (2021) Birth cultures: A qualitative approach to home birthing in Chile. PLoS ONE 16(4): e0249224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224>

Editor: Simone Garzon, Università degli Studi dell'Insubria, ITALY

Received: September 21, 2020

Accepted: March 14, 2021

Published: April 22, 2021

Peer Review History: PLOS recognizes the benefits of transparency in the peer review process; therefore, we enable the publication of all of the content of peer review and author responses alongside final, published articles. The editorial history of this article is available here: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224>

Copyright: © 2021 Rodríguez-Garrido, Goberna-Tricas. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its [Supporting information files](#).

Abstract

Background

Birth cultures have been transforming in recent years mainly affecting birth care and its socio-political contexts. This situation has affected the feeling of well-being in women at the time of giving birth.

Aim

For this reason, our objective was to analyse the social meaning that women ascribe to home births in the Chilean context.

Method

We conducted thirty semi-structured interviews with women living in diverse regions ranging from northern to southern Chile, which we carried out from a theoretical-methodological perspective of phenomenology and situated knowledge. Qualitative thematic analysis was used to analyse the information collected in the field work.

Findings

A qualitative thematic analysis produced the following main theme: 1) Home birth journeys. Two sub-categories: 1.1) Making the decision to give birth at home, 1.2) Giving birth: (re) birth. And four sub-categories also emerged: 1.1.1) Why do I need to give birth at home? 1.1.2) The people around me don't support me; 1.2.1) Shifting emotions during home birth, 1.2.2) I (don't) want to be alone.

Conclusion

We concluded that home births involve an intense and diverse range of satisfactions and tensions, the latter basically owing to the sociocultural resistance surrounding women. For this reason, they experienced home birth as an act of protest and highly valued the presence of midwives and their partners.

Funding: The research leading to these results has received funding from Spanish Ministry of Science, Innovation and Universities [grant number PGC2018-094463-B-I00- funded by MCIU/AEI/ FEDER, UE], and too from the National Scientific and Technological Commission of Chile (CONICYT) Scholarship program for Doctorates Abroad, 2017 [grant number 72180224-2017] which has founded the doctoral scholarship of the first author. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Introduction

Birth cultures are the set of traditions and rites handed down from generation to generation concerning a unique event in the lives of human beings: birth. Birth cultures evolve in response to their historical, political, economic and social contexts, which regulate and condition the community in which birth takes place [1]. However, when we speak about birth cultures, we refer not only to the act and moment of childbirth itself, but also to maternity, the gestation process, the post-partum period, breastfeeding, child-raising, connections with birth attendants and interactions with institutions [2, 3].

From this perspective, birth cultures have become a valuable epistemological resource for study. Their transitional nature has led authors to probe deeper since the 1970s [4] and analyse paradigms ranging from biologicist and conventional perspectives to criticism by human behavioural and social sciences that question the ways in which the imaginaries [5] and social representations [6] of birth have been constructed.

Feminist approaches to motherhood

The feminist movement has contributed to this dialogue by positioning the categories ‘woman’ and ‘mother’ in the debate. Equality feminist authors such as Simone de Beauvoir [7] have dismantled the reproductive essentialism imposed upon woman as a subject, indicating that, to her, maternity has meant subordination. In the same vein, Elisabeth Badinter [8] explored how patriarchal society has interpolated ‘maternal instinct’ as a category to keep women subordinate through self-denial and sacrifice to their children.

Alternatively, difference feminism understands maternity as an identity and a political role. In this respect, Luce Irigaray [9] reclaims the figure of mother insofar as her body acts as the epistemological setting wherein the symbolic new order of the feminine is rewritten in genealogy. Supporting that idea, Adrienne Rich [10] highlights the importance of seeing the body as an experience of maternity to produce knowledge that will generate transcendental societal change.

Today, both women and mothers who experience diverse feminist spaces bear witness to the difficulties of pregnancy, giving birth and motherhood [11]. The dominant structures instated by the neoliberal socio-economic model which guides societal behaviours have violated and entrenched insecurity in the collective dynamics associated with motherhood and parenting. These neoliberal structures have been expressed in part and supported by the biomedical model, which permanently patrols women’s bodies through healthcare procedures and protocols [12, 13].

Epistemological perspectives that make it possible to problematise multiple aspects of this debate have emerged. They are an important form of resistance, in part because these perspectives additionally restore and normalise the voices of women-mothers as the protagonist of their stories.

Pathways and stresses toward home birth

Authors including Casilda Rodríguez [14] and Ibone Olza [3] have taken on large challenges from the perspective of a humanist paradigm of health. Olza [3] developed a critical reading of the patriarchal, technocratic model for thinking about birth when she stated that ‘giving birth seems problematic if one views women’s bodies as an imperfect, defective and poorly-constructed version of the male body, as has traditionally been the view of androcentric medical science’ [3].

For her part, Robbie Davis-Floyd [15] considers industrialisation as the historic event that changed cultural behaviours and therefore how childbirth and home births were viewed and

attended to. Michel Odent [16] further describes progressive changes associated with the physiology of birth as the result of hyper-medicalising care provided during labour.

Birthing has come a long way from taking place in the privacy of the home, attended by a birth assistant, to relocation inside hospital wards, a path that has gradually led to the medicalisation of a physiological process [17]. In response to this shift—one that has had significant consequences for women, both physically and psychologically [16–18]—several social collectives have emerged that point to home birthing as a solution to birth-related psychosocial problems [19, 20].

However, home birthing with a midwife as one's healthcare provider is a right that not all women have unfettered access to; this fact is clear from how varied distinct geopolitical, healthcare and economic situation are among countries. While home births enjoy protocols and social security system financing in the Netherlands, England and Australia [21, 22], other countries face a very different reality, particularly Latin American ones such as Chile, where home births are not covered by government regulations, nor is it financed by the national social security system [22, 23]. Despite the situation in Chile, home birthing has become an increasingly popular choice among women and has gradually become part of the national landscape. For this reason, this research project aims to contribute to the literature about Chile, a country where scientific documentation on the subject is lacking, by analysing the social meaning that women there ascribe to home births.

Method

1. Design

The study was designed according a qualitative methodological approach, which was defined by Denzin et al. [24] as 'a situated activity that locates the observer in the world. It consists of a set of interpretive, material practices that make the world visible. These practices transform the world' [24]. This practice therefore facilitates a respectful, situated approach to the reality researched.

On this basis, we selected the phenomenological paradigm as our methodology. From a feminist perspective, the phenomenological paradigm 'emerges from an inter-relational ontology, that not only does it offer the account of embodied experience for which it is usually recognised, but also that embodied perception underlies the production of knowledge and grounds politics' [25].

In this regard, and with feminist epistemologists in mind, Donna Haraway [26] has proposed that situated knowledge is an interpolation of positivist research methods and models. She emphasises the urgency of the partial perspective we might encounter, in our specific case, in the vision of Chilean women who give birth at home, since they are embodied knowledge 'in order to name where we are and are not, in dimensions of mental and physical space we hardly know how to name' [26].

2. Context of the study

Healthcare and birthing in Chile. Chile is a country located on the southwestern coast of South America. Considered a developing country by the World Bank, Chile has the highest gross domestic product (GDP) per capita in its region [27, 28] and its political and economic histories are marked by the well-known fact that it was the first Latin American country to enact a neoliberal dictatorship during the 1980s. That circumstance paved the way for the privatisation of healthcare, positioning it as a consumer good. A mixed public-private healthcare system was established in which public insurance (*Fondo Nacional de Salud, FoNaSa*) and

private insurance (*Instituciones de Salud Previsional, ISaPres*) coexist. This system is still in place today [29].

The implementation of this model gave rise to a technocratic, commodified view of healthcare processes, including the healthcare provided during childbirth. According to recent statistics, 99.6% of births in Chile have taken place at a healthcare institution and have been attended by healthcare professionals, namely, OB/GYNs and midwives [30]. Within the public system, 33% of birth are by caesarean delivery and 63% of those in private system are by caesarean, positioning Chile as a country with one of the world's highest rates of C-sectioning [31].

In contrast, the number of home births has increased significantly. In 2017, 0.15% of births took place in the home with an attending healthcare professional [3], while in 2020, approximately 1% of home births were attended by a midwife [32].

Participant context. Chile is divided into 16 administrative regions. The women interviewed for this study live in the regions of Norte Grande ('Far North'), Zona Central ('Central Chile') and Zona Sur ('Southern Zone') (Fig 1).

These regions were selected to enlarge the geographical scope of home births by women in both rural and urban areas of Chile. This aspect an important consideration due to the fact that women described difficulties finding a midwife who was able to attend births in locations far away from urban areas because of the low availability and quantity of midwives in rural areas. Moreover, a mandatory provision within the protocols established by midwives attending home births requires that childbirth take place in a location that is closer than 20 minutes' drive from a hospital in case an emergency transfer becomes necessary.

In light of each of these considerations, Chile's extensive geographical expanse and the diversity in expertise that this breadth occasions means that residence in rural areas or places outside of the capital's centralising sphere of influence is a crucially important circumstance that must be taken into account during participant screening and selection.

3. Participant recruitment

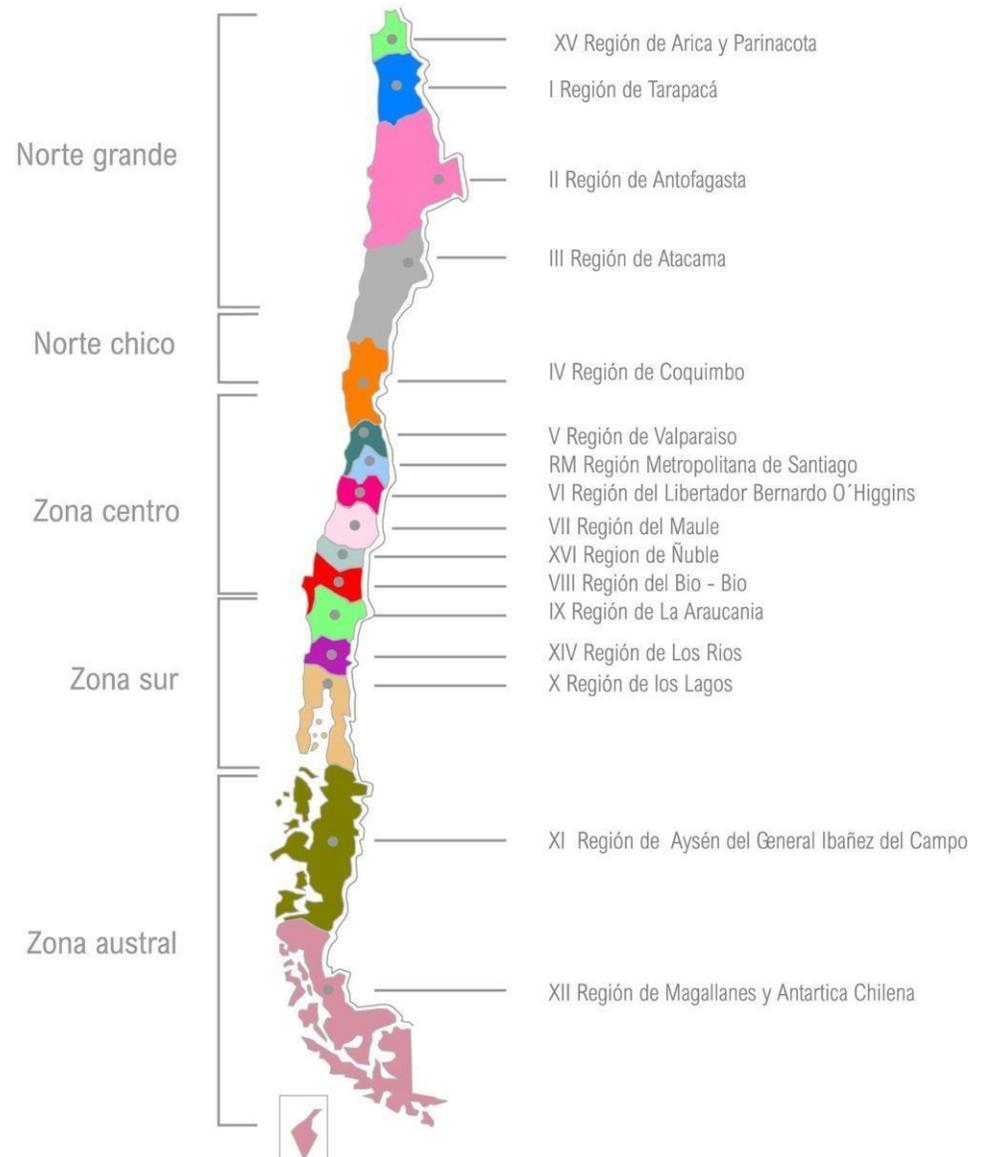
Potential participants were identified for this study in two ways. The first was to contact the 'Asociación Gremial de Matronas de Parto en Casa de Chile: Maternas Chile' ['Maternas Chile' Professional association for midwives attending home births] via e-mail. They collaborated with the project by disseminating information among women who had attended births. Ten women who were interested in participating in the study responded to this initial call.

The second method used social media, specifically Facebook. A notification posted on this platform invited women who wanted to share their home birth experiences to participate in the study. Approximately 100 women responded to this second strategy for identifying participants, a number far exceeding the first strategy and strongly contrasting the presumed difficulty of finding participants.

Both recruitment strategies were carried out from May to August of 2018. Initial conversations with possible study participants took place via e-mail and WhatsApp during these months.

4. Participant selection and characteristics

Because recruitment attracted participants through the *Asociación Gremial de Matronas de Parto en Casa de Chile 'Maternas Chile'* ['Maternas Chile' Professional association for midwives attending home births] and, especially, through Facebook, the following participant selection criteria were applied: Chilean women who planned a home birth that was carried out with a midwife, who were legally adults when they gave birth and at the time of the interview,



Reprinted from Carolina Pino under a CC BY license, with permission from Carolina Pino, original copyright 2021.

Fig 1. Political map of Chile showing its administrative and geographical regions.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224.g001>

and where the outcome was a live newborn. Lastly, they must have signed an informed consent form upon agreeing to participate. A total of 43 participants were selected based on these criteria.

However, bearing in mind that information quality is more important than quantity in qualitative research, feasibility criteria were also applied to this research project [33]. The ability to be in contact with participants without significant difficulties due to large distances across the country of Chile was consequently prioritised. Care was taken not to centralise participant selection in the capital city of Santiago.

Table 1. Participant characteristic.

Participants	Age	Children previous	Regions of Chile	Partner's presence in childbirth	Home births previous
P:1	36	2	Central Chile	Yes	0
P:2	34	1	Central Chile	Yes	0
P:3	38	1	Central Chile	Yes	0
P:4	36	2	Central Chile	Yes	0
P:5	35	2	Central Chile	Yes	0
P:6	49	3	Central Chile	Yes	1
P:7	33	3	Southern Zone	Yes	1
P:8	34	2	Central Chile	Yes	0
P:9	38	2	Central Chile	Yes	0
P:10	39	2	Central Chile	Yes	0
P:11	32	1	Central Chile	Yes	0
P:12	29	3	Central Chile	Yes	1
P:13	31	2	Central Chile	Yes	1
P:14	34	1	Central Chile	Yes	0
P:15	30	1	Central Chile	No	0
P:16	31	2	Central Chile	Yes	0
P:17	31	1	Central Chile	Yes	0
P:18	32	2	Far North	Yes	0
P:19	30	3	Southern Zone	Yes	1
P:20	40	2	Central Chile	Yes	0
P:21	34	2	Southern Zone	Yes	0
P:22	33	1	Southern Zone	Yes	0
P:23	31	2	Southern Zone	Yes	0
P:24	25	3	Southern Zone	Yes	0
P:25	33	2	Southern Zone	Yes	0
P:26	34	3	Far North	Yes	0
P:27	31	2	Far North	Yes	1
P:28	31	2	Far North	Yes	0
P:29	28	1	Far North	Yes	0
P:30	35	3	Southern Zone	Yes	1

Table by the authors.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224.t001>

All of the above criteria having been applied, 30 participants with the following characteristics were selected in the end (Table 1).

5. Data collection method

Data was collected through semi-structured interviews because this technique enabled researchers to 'explore [the interviewee's] life, getting deeper into transcendent details, decoding and comprehending what they like and what they fear, what satisfies and distresses them, and what makes them happy, as significant and relevant to the interview' [34].

A script of interview questions was generated through two complementary processes. The first process entailed a review of the literature and scientific evidence on the topic of home births; this review helped structure the research project goals and identify topics of interest.

The subsequent second process complemented the first through the selection and categorisation of main themes to be addressed. Lastly, questions were drafted in a script used to guide participant interviews (Fig 2).

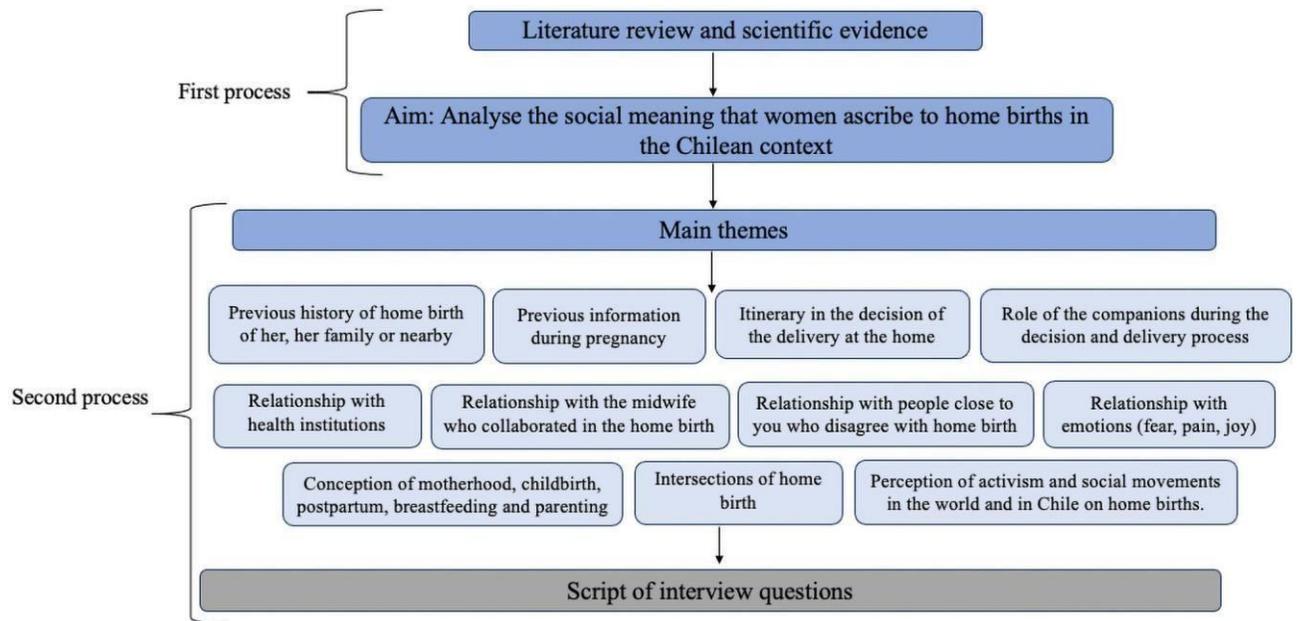


Figure of own elaboration

Fig 2. Script drafting process.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224.g002>

This development process resulted in the definitive script used in the interviews (S1 Appendix). All 30 interviews were conducted wherever was convenient for the participants.

The majority took place in participants' homes because most were still nursing.

All interviews were carried out in-person by the manuscript's first author during a single session taking place between the month of October 2018 and January 2019 (Table 2).

6. Ethical considerations

This research project was approved by the University of Barcelona bioethics commission under number IRB00003099. The study's aims and ethical considerations were explained by the manuscript's first author to all participants via e-mail and during telephone interviews. As a last step, the participants who were interviewed signed informed consent forms just before taking part in the in-person interview.

It should be noted that this research was supervised by and received administrative support from the Master's programme on gender studies and psychosocial intervention at Universidad Central de Chile as an empirical study carried out in the country of Chile.

7. Methodological criteria

The Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) checklist [35] was applied throughout the research process and while drafting the final report. Furthermore, the following criteria by Calderón [36] were adopted: a) 'epistemological and methodological adequacy', by refining the structure of the research question and reviewing process coherency; b) 'relevance', because we clearly and justifiably need to understand the social meaning of home birth for women in terms of their knowledge level. Firstly, this is how we will be able to understand the journey they face. Secondly, this will generate situated knowledge for dissemination in scientific circles.

Table 2. Interview timetable.

Participants	Time elapsed between birth and interview	Number of interview sessions	Date of interview
P:1	1 year 4 months	1	October 2018
P:2	3 years 10 months	1	October 2018
P:3	1 year 5 months	1	October 2018
P:4	1 year 3 months	1	October 2018
P:5	9 months	1	October 2018
P:6	13 years	1	October 2018
P:7	1 month	1	October 2018
P:8	1 year 5 months	1	October 2018
P:9	2 years	1	October 2018
P:10	6 months	1	October 2018
P:11	1 year 10 months	1	October 2018
P:12	12 months	1	October 2018
P:13	7 months	1	October 2018
P:14	11 months	1	October 2018
P:15	10 months	1	October 2018
P:16	2 years	1	October 2018
P:17	3 years	1	October 2018
P:18	11 months	1	November 2018
P:19	9 months	1	November 2018
P:20	3 years 6 months	1	December 2018
P:21	2 years	1	January 2019
P:22	10 months	1	December 2018
P:23	2 years	1	November 2018
P:24	1 year 6 months	1	November 2018
P:25	12 months	1	November 2018
P:26	1 year 6 months	1	November 2018
P:27	1 year 5 months	1	November 2018
P:28	12 months	1	November 2018
P:29	12 months	1	November 2018
P:30	5 months	1	November 2018

Table by the authors.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224.t002>

Likewise, the criteria of c) ‘validity’ should not be understood as a statistical concept, but in terms of pertinency and interpretivism. With these criteria, we ensured that our suitable participant selection process and rigorous analysis would support the pursuit of finding meaning and seeking in-depth explanations that could be generalised using logic and transferred according to the research project’s context and circumstances.

Lastly, d) ‘reflexivity’ is important, having recognised the researchers’ feminist perspective as an attempt to affect policy insofar as they have fostered settings in which women who, silenced until now by formal birthing institutions, were able to express themselves. In this sense, using theoretical perspectives that originated in human behavioural and social sciences enabled us to widen and deepen our analysis and understanding of the social meanings that Chilean women ascribe to home birth. It should be noted that this study describes the main findings of a research project associated with a doctoral thesis pursued at the University of Barcelona (Spain) by the first author and supervised by the manuscript’s second author.

The first author, a Chilean midwife, was the one to approach to participants initially and interview them in-person. The study's reflexivity criteria reside within the importance bestowed upon recognising the influence that the researcher, the first author in this case, had on the women interviewed instead of trying to prevent that influence. For this reason, the potential for resulting bias arises from the non-explicitation of the research project's reflexivity criteria and not from its inevitable presence.

8. Data analysis

Interviews were recorded using a digital recorder. The recordings were subsequently transcribed by the first study author and two external research collaborators. Later, the transcriptions were run through Spanish-language Atlas.ti 8.4.0 software on a Mac computer.

Interview data underwent qualitative thematic analysis entailing the six phases proposed by Braun et al. [37].

During the first phase, the authors 'familiaris [ed themselves] with [their] data'. In this phase, the interviews were transcribed word for word. Next, the transcriptions were read and re-read in order to obtain general ideas from the data provided during the interviews.

The second phase consisted of 'generating initial codes'. This means that the most relevant concepts recovered from the 30 interviews were generally coded and initially organised into meaningful groups, thus preparing them for the next step.

The third phase involved 'searching for themes'. At that point, all pertinent data for analysis were encoded, then classified into general themes. Next, they were grouped and collated in order from general to specific.

The fourth phase consisted of 'reviewing themes'. This stage was divided into two sub-phases. In the first, all excerpts selected for each category were read and researchers checked for category coherence. In the second, they ascertained whether the codes created belonged in or were associated with the category to which they were assigned.

The fifth phase entailed 'defining and naming themes'. In this stage, the main analysis categories were renamed to coherently align them with the codes they contained. Likewise, the researchers made sure that categories and interview excerpts told the 'story' in relation to one another in a way that supported the study objective.

Lastly, in the sixth phase, called 'producing the report', the codes were transformed using the analysis categories described here below into a narrative of the results.

Results

The average age of the women interviewed was 33.5 years. Seventeen (17) women lived in Central Chile, while eight (8) were in the Southern Zone and five (5) in the Far North.

Most women had more than one child. However, only seven (7) had given birth at home on a prior occasion. All of them had given birth in their own homes, where they were attended to by a midwife and their partners, except for one participant, who did not have a partner at that time.

Study categories were created based on the above information: Main categories: 1) Home birth journeys. Subdivided into two sub-categories: 1.1) Making the decision to give birth at home and 1.2) Giving birth: (re)birth. And secondarily, into four sub-categories: 1.1.1) Why do I need to give birth at home? 1.1.2) The people around me don't support me: obstacles to home birth; 1.2.1) Shifting emotions during home birth, 1.2.2) I (don't) want to be alone (Fig 3).

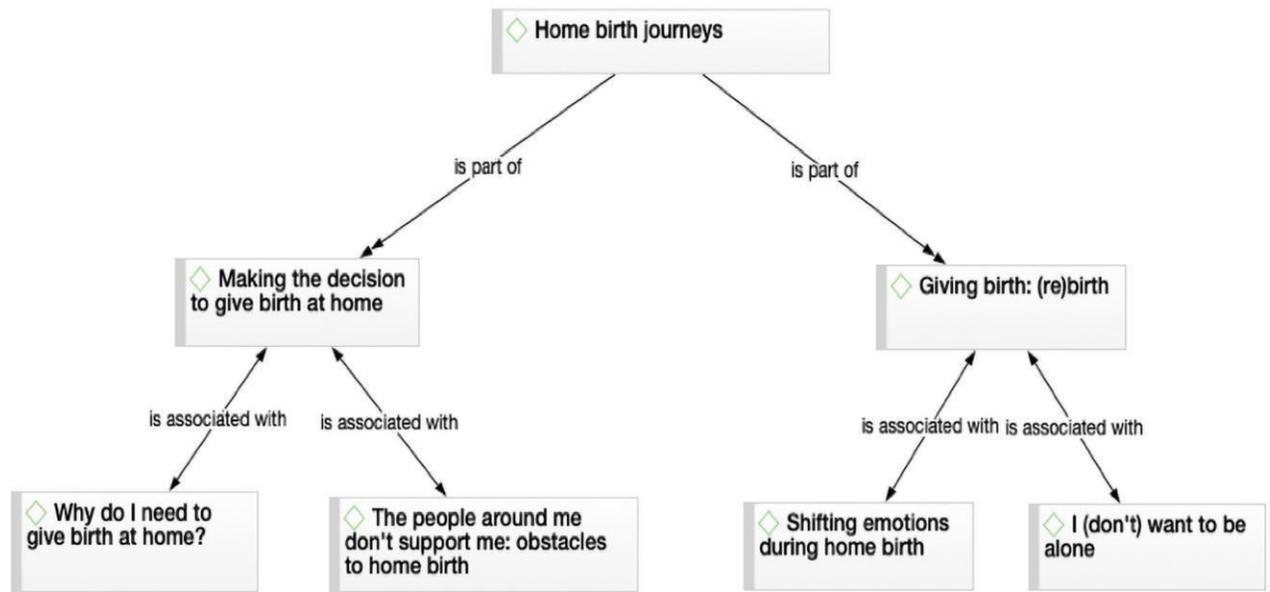


Figure from Atlas ti software

Fig 3. Categories for analysis.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224.g003>

1. Home birth journeys

The women who participated in this study narrated a series of events that took place from the moment they decided to give birth at home until they actually did so. These events included generating a specific idea about what a home birth would be like, dialogue about the decision with their significant others, telling their families, searching for a midwife to attend to them, and even how they described their connections with healthcare institutions and what the latter represented in their lives.

Home birth journeys are diverse in that they are unique glimpses into the course of a woman's life. Nevertheless, their journey narratives intersect along lines such as obstacles imposed by the healthcare system. On the other hand, they share positive experiences such as their partners' support and the personal satisfaction they found in giving birth at home.

Accordingly, we call these series of events 'home birth journeys' because they are part of each individual's life story, or life journey. As Carmen Lera et al. [38] explains, journeys are the dynamic transitions, experiences and circumstances that allow individuals to structure their own lives for themselves and with others.

1.1. Making the decision to give birth at home. According to the women interviewed, one of their hardest moments was making the decision to give birth at home, mainly due to lack of knowledge, or more frequently, the negative ideas surrounding home birth. Social representations of home birth are predominately negative. They are based on claims that home births are unsafe and unsuitable, and therefore women who give birth at home are correspondingly categorised as irresponsible women. One woman expressed it as follows in an interview:

‘My mum went crazy. She said that, if it was about the money, she would pay for the birth, and how could I do that, and that I was irresponsible’.

(P: 6:7).

As a source of objective knowledge validated by science, biology and medicine, hygienist discourse has positioned and represented home birth as an unsafe form of childbirth because it is carried out outside of the safeguards of a healthcare institution. This idea has taken deep root in society’s conceptual framework of childbirth despite and separately from the vast international scientific evidence that exist on the subject. Women who choose to give birth at home feel obliged to inform themselves about its advantages and disadvantages, both for their own sakes and to generate socially acceptability in their personal surroundings. A participant described it this way:

‘It terrified them all, but nobody asked me anything either, except for my dad, who took me aside and said, “Alright, so you want to have [the baby] at home. I want you to explain everything you are doing to have [the baby] at home, what the pros and cons are, what the risks are. . .” so I explained everything to him, and he said “Ah, OK”, and relaxed about it’

(P:2:21).

Society’s entrenched hygienist discourse creates a situation wherein women who decide to give birth at home have to educate themselves about this option, which entails the complex process of acquiring information from a critical perspective that will allow them to problematise the predominant contemporary way of giving birth and subsequently develop a solid discourse with which to defend and justify their decision. To that end, in order to make and reaffirm their decision based on the benefits of home birth, women’s strategies include reading, watching documentaries, attending workshops and dialogue with other women who have given birth at home. Some participants described it as follows:

‘I started to read, I started to get informed, and I started to collect lots of information on the benefits of a natural birth in a place I knew, where I was protected, and it started to make a lot of sense to me to have my daughter at home’

(P:3:5).

‘I started getting together with friends who had given birth at home, so in that way, yes, a feminine structure helps, such as having close female friends who have gone through this, so like getting information by word of mouth, through sharing. On top of that, at the beginning of my first trimester, I did a workshop about home birth with a midwife’

(P:15:4).

While the women interviewed describe this process of acquiring information and educating themselves as necessary, especially during their first pregnancy, some expressed that, after their second time giving birth, they preferred to let their own experiences be their guide and thereby avoid creating unreal expectations for themselves about a ‘perfect’ birth that didn’t reflect the reality a woman might experience. One interviewee described it as follows:

‘During my first pregnancy, I read a lot and I collected a lot of information. I also think that by studying so much, I had created this idea of a perfect birth. So, on my second pregnancy,

I said I wasn't going to read or study anything, and I was just going to let it all happen however it was going to'

(P:12:30).

And so, making the decision to give birth at home reflects the successive situations participants must face during their life journeys, from starting to educate themselves to their firm decision and its reaffirmation to others.

1.1.1. Why do I need to give birth at home? The biomedical model is currently the predominant model on labouring and childbirth. The unequal power relationships in this healthcare provision format mean that individuals play passive, secondary roles in their own disease and health processes. Furthermore, this model is part of a technocratic paradigm, an important consideration in the dynamics of the healthcare institution culture, wherein the human body is understood as if it functioned like a machine [15]. Through this metaphor, the technocratic paradigm mechanises physiological processes with a series of procedures and technologies that estrange the idea that women have an autonomous capacity for giving birth. The women interviewed were referring to this situation when they described the excessive medicalisation of births that takes place inside hospitals. From the moment they are admitted, a complete array of technological apparatuses is deployed for application during labour. One participant described it as follows:

'It's quite a nasty situation, a Machiavellian business, medicine is, if you think about, for example, medical machinery. But in the gynaecological area, I have the impression that it's all about being a woman. I feel like right there, something happens, like "women's bodies are defective and we're helping out the woman's body"'

(P:6:14).

This statement expressly addresses the question of sex. At the core of the biomedical model, women are seen as having defective bodies that are insufficiently prepared for giving birth on their own [12], so they need outside intervention to have a 'successful' birth, which is defined solely and exclusively as culmination with a live mother and newborn. But, when birth does not go as expected, the biomedical system attributes this to the inability of women's bodies to give birth according to the established standards, thereby blaming women and making them feel as if they had failed to reach their goal of being mothers [39]. In its zeal to compensate for the deficiencies of women's bodies regarding childbirth, the biomedical system justifies practices and procedures including unwarranted episiotomies, directed pushing, the Kristeller manoeuvre and unnecessary caesarean sections in the name of 'saving' the life of the baby to be born because the mother was unable to give birth by herself. A participant described it this way:

'They made me consent to a C-section I didn't want. They induced me at 8 am and at 1 pm, they told me, "Enough, you never dilated, so we're going to do a C-section on you" as if it were my fault: "you didn't dilate and we can't keep waiting on you", like they were blaming it on me'

(P:12:7).

We observed that the main reason that the women interviewed who had given birth before [in a hospital] gave for wanting home births was negative hospital experiences during their prior pregnancies. Along with ill-treatment and the excessive medicalisation of birth, these

situations have been researched extensively by several different authors [39, 40], who have theorised and conceptualised these acts as ‘obstetrical violence’, defined by the Venezuelan Fundamental Law on the Right of Women to Live Free of Violence, as ‘the appropriation of women’s bodies and reproductive processes by healthcare staff’ [41]. One participant said:

‘I wanted to give birth at home because I was afraid of obstetric violence more than because, “Oh! I wanted to connect with the earth” or something like that. I’m telling you, now that I have given birth at home, if I had another kid, I would do it at home. I recommend it to everyone’

(P: 1:11).

The acts of obstetric violence the participants refer to originate in a system structured such that the rights of women and their families are impinged upon. Multiple factors intersect to cause these manifestations of violence against women in that the women subjected to them coincide in sex and their condition as pregnant individuals; both circumstances place them in vulnerable situations [40].

The experiences the women recount reflect a perinatal trauma that persists in the participants’ memories throughout their lives. Despite having had positive experiences with childbirth later on, the emotional and symbolic damage inflicted by perinatal trauma impedes these women from generating and recalling positive feelings about the birth of their children.

A participant described it this way:

‘Lots of things happened and a lot of them were really sad. Look, I feel like crying as I’m telling you this right now, even though I later gave birth at home, twice. People say I’ve already healed from that, and I feel like I won’t ever heal because of how they snatched [my child] away from me. They ripped my child from my womb in a violent way. It shouldn’t have been like that. And there were a thousand more things, during the C-section, during hard labour and while I was hospitalised. They treated me badly for four days. I was subjected to violence and traumatised so much that I wanted nothing more to do with (the hospital). In fact, I was even scared of going for check-ups’

(P: 12:9).

Thus, opting to give birth at home is a resilience strategy that women adopt in the face of obstetric violence and, simultaneously, an act of emancipation from the current dominant healthcare culture surrounding birth. However, obstacles are not only created within institutional settings. On occasion, they are found among family as well.

1.1.2. The people around me don’t support me: obstacles to home birth. Support and companionship during pregnancy, labour and birth are essential. However, managing their desire to give birth at home, on the one hand, and feeling that they had to persuade their loved ones that this was an informed, safe and responsible decision, on the other, was a significant source of tension for the women interviewed. Sometimes, childbirth outside of institutional regulatory frameworks was interpreted by the families of the women interviewed as an offensively unsafe decision that incurred risk. Families recurred to negative cultural representations such as fear and pain to reverse or question a woman’s decision to give birth at home. Biomedical discourse is so entrenched in society’s subconscious that it becomes impossible to think about birth in a different, autonomous way that doesn’t involve surgery or treatment provided by an institution. One participant described it as follows:

‘I felt extremely criticised by my whole family, but not family like my dad, mum and sisters, but my female cousins and my aunts. Actually, I remember a comment one of my cousins made, which I said I wanted to forget because she told me, “I want to see you when you’re screaming in pain”‘

(P:14:22).

Likewise, giving birth, especially at home, is not a frequent topic of conversation among family members. When someone comments on birth in a family setting, they cautiously and discreetly say that their grandmother or great-grandmother gave birth at home with a birth assistant. Yet rather than being a mere memory or anecdote, these situations intimate that home births are not perceived as a safe model for birthing in the modern age. Technological advances in medicine have given rise to a social discourse that validates and depicts birth in healthcare institutions as the exclusive model, and this rhetoric is intergenerational, as indicated by the following participant:

‘My father [. . .] told me he wanted nothing to do with it, that he didn’t understand, with all the technology we have, why I would put myself at risk, why I would put my baby’s life at risk’

(P:1:14).

In response to these obstacles, some women interviewed chose to hide their decision from their families and thereby avoid complicated interrogations and the possible collapses of family relationships. This selective silence can be understood as a strategy that women use to placate the biopolitical punishment [13] represented by their families as they question and create tension about her decision to give birth outside of the social established norms. A participant described this situation as follows:

‘I told my aunt and she said, how could I, with all of the advances we have now, how could I take such a risk? So, I finally told her that OK, I would have [my child] in a hospital and I said the same thing to the whole family, just like I did to my family on my father’s side, who are more traditional. I told them my child was born at home afterwards’

(P: 15:18).

On the other hand, the support that women sought was reflected in their partners’ active participation. From the very first moment that the interviewees expressed interest in a home birth together with their partners, their partners supported them, although they did have a few questions because they didn’t know about labour in a non-institutional context. Partners felt fear and worry about a situation that they neither knew about, nor understood nor even know how to react to. One participant described it as follows:

‘I think my husband had a few concerns because he didn’t know much about what I wanted to do or what would happen, so we went to check-ups together with the midwife and every time he had questions, I told him, “Ask, ask, so you won’t be worried, and you can give me the support I need”. So, in the end, we persuaded him’

(P:27:9).

The women interviewed thus described how important their partners' presence was for them while in labour. However, that presence was valued from a household logistics point of view more than for emotional and physical contact. They felt it was much more important for them to have everything under control and play a protective, precautionary role than be together with them during labour. For instance, some interviewees assigned their partners tasks such as keeping the house warm or ensuring they had water or towels on hand. In this sense, Odent [16] comments on a similarity between home births and birth in other mammals, in that the female mammal makes sure she gives birth away from others and the male mammal makes sure that no threats or predators are around. One participant described it this way:

'Before the birth and during labour, he was busy making sure I was alright, like "I need to make sure the house is nice and warm, so she and the baby aren't cold. I need to give her the flowers when she's in pain, I need to massage her. . ."—and maybe I didn't let him give me massages. He made the hole in the ceiling for the cloth. He focused on those issues, resolving material concerns so we could be alright'

(P:14:20).

Despite the family obstacles described by the women interviewed, they experienced the respectful companionship of their partners first as a challenge, and later as support in preparing for the exact time and setting in which they would give birth.

1.2. Giving birth: (Re)birth. For the women interviewed, childbirth was not only a continuation of a physiological process but a state that transcended rational comprehension [42]. They experienced emotions that washed over and overwhelmed them as a true re-birth and a sublimation of detachment from worldly concerns. As they gave birth, they felt re-born as women and mothers. One participant described the level of intensity that she experienced as follows:

'It's like you yourself are born again [. . .], when you give birth, you that was before dies, and you are born as a mother, as a powerful woman and that is the most beautiful thing about births. [weeps] I get emotional about it!'

(P: 8:30).

Together with this sensation, the women interviewed expressed that, while in labour, and especially during the more advanced stages, they experienced a trance-like sensation. Some women even compared this sensation to the effects of hallucinogenic substances insofar as sensations of joy, body heat and even a great deal of pleasure. Casilda Rodríguez [14] calls this 'orgasmic birth'. She indicates that it 'happens because uterine movement itself produces pleasure, and this happens during natural birth' [14]. She also says that 'the type of movements uterine smooth muscle bundles make during labour is the same as during an orgasm' [14]. Some participants characterised this moment as follows:

'When I wasn't having contractions, I was in a state of pleasure. It was as incredibly intense thing, very sensory and good. I made strange noises and it was like I was in a trance, an exquisitely beautiful trance, like a decadent feeling, very warm. I remember sweating a lot'

(P: 3:13).

‘I had taken trips on plants and giving birth is the same. It’s like taking some mushrooms or like taking cactus. I don’t know what it’s called—your sanity, you in your normal state of mind—it’s like letting go of that, as if the brain turns off, something like that’

(P: 12:20).

And so, some participants felt sensations and emotions during labour that are totally different from society’s negative representations of tragedy and, particularly, pain as a source of suffering. This reveals the possible transition to positive emotions during a home birth.

1.2.1. Shifting emotions during home birth. The transcendent understanding beyond rationality as described above is the result of a series of emotions that converge to allow birth to happen. For the women interviewed, home birth was something they had never felt before. They experienced multiple emotions during that time, yet their overall sentiments were satisfaction and joy, so much so that they even recommend home birth to other women. One participant described it as follows:

‘Giving birth at home, it’s possible. It’s beautiful. Beauty isn’t always comfortable or easy, but it’s worth it, the whole time, and I recommend it to all women. Every woman should try it, really and if they can’t, that’s OK, but they should try it’

(P:1:48).

The women interviewed describe pain as a primary sensation throughout most of their time labouring, among the multiple emotions they felt throughout the process. The women do not understate the intensity of the pain; in their opinion, it is the most difficult thing to endure. Pain management and the nature of its representation have been the subject of much study [14, 43, 44]. However, the women reinterpreted the pain of childbirth based on the knowledge they had acquired during pregnancy as more closely resembling a necessary emotion for a home birth to take place than as suffering. They describe it as follows:

‘It hurts, but you don’t suffer. I think that’s what you learn from reading and researching until you’re sick of reading and researching. At the heart of it, this is not suffering. This is physiological pain, the only time in your life that something is going to hurt because everything is the way it should be’

(P:26:12).

To paraphrase Spinoza [45], no one knows what a body can do, nor what it can achieve. Thus, and contrary to the dominant discourse of ‘suffering through birth’, emotions such as happiness even coexist with pleasure during home birth despite the pain. These sentiments are a recurring theme among interviewee’s stories. Their feelings are made possible because of the fluidity pregnant woman experience giving birth in a place that is familiar and comfortable to them, surrounded by people they have chosen to be there. This is essential.

The more the woman knows and is comfortable with the setting in which she is going to give birth, absent the hostility that occurs in hospitals, the better her body will be able to progress through its physiological process without interruptions or intervention by external agents. In this context, a woman will be able to experience positive emotions and advance through labour and childbirth. As this participant described it:

‘Being able to have your baby without someone bothering you, without being interrupted, without anyone getting in the way, and doing it in a private space with your family, being

able to have that memory, for your children (if you have other children and they participate in it) to have that memory: the arrival of a sibling. That's priceless'

(P: 7:39).

During a home birth, women embark on a journey through diverse emotions, mainly experiencing birth as satisfaction, confidence and wisdom. However, sometimes they prefer to experience such an important moment in their lives in introspective solitude over having company.

1.2.2. I (don't) want to be alone. The intensity with which emotions appeared during labour was apparent in the women's contradicting and imperative desires to be alone or to have someone else present. This feeling varied among birthing stages. During the initial phases, the prevailing sentiment was the desire for company. Participants expressed that the most meaningful companion for them during that stage was their partner, even if the latter didn't always act the way the women expected them to. Participants felt that their partners transmitted a sense of protection and support in addition to them taking care of home birth logistics. One participant described it this way:

'He came in all of a sudden, all worked up. It annoyed me, but at the same time, I wanted him there. I couldn't imagine him not being there. I had always wanted him to be there during the birth'

(P: 11:9).

Contrarily, during more advanced, active stages of labour, participants expressed having been more comfortable alone, with no one touching or talking to them. It is very important to respect this evolution and refrain from intervening in any way. At this point, the woman and her bodily state play the most important role; any external interposition could impede labour. One participant described it this way:

'The first two hours, I wanted to be alone. I told my husband, "Leave me alone". Like horses go off by themselves, I went to a room and I hugged a cushion. There I was, thinking, alone. During the birth itself, the midwife told him, "Caress her" and I told him, "Don't touch me"!'

(P: 8:8).

Parallel to how important their partners' support was for women, midwives also played an essential role in home birth. The women interviewed said that their midwife's presence transmitted not only a sense of support but also, and in particular, a sense of safety and protection. They perceived the midwife as a professional technical expert and trusted fully in their midwives' knowledge and skills, above all, to know what to do in the event of the unexpected. In the words of one interviewee:

'I needed the midwife to be there to know that everything was going to go well and that if something didn't go well, she would know what to do. She fulfilled that role and took care of my health and my baby's health perfectly'

(P: 5:7).

Midwives played this important role in home births. The women interviewed assessed that their presence meant added value in that, through their attitude of compassion and sisterhood,

the midwives represented feelings that are mutually expressed among women who help other women to give birth. One woman described herself in these words:

‘I had the feeling that I preferred to be with another woman who would understand the process and what was happening to me better, a woman who could help me’

(P: 9:12).

In this way, the women interviewed recognise the midwife not only an expert woman with technical and scientific knowledge, but also, they identify a true active partner in the birth process. Their company, understanding and contentment was fundamental, both for them and for their partners and families. Consequently, the figure of the midwife in home birth represents the political and active sisterhood that women need and that challenges midwives to change the world for more just, dignified and humane births [46].

Discussion

Study participants said that most meaningful and difficult moments in their home birth journeys were making that decision and later carrying it out. This difficulty was mainly associated with the negative discourses that are part of social representations of home births.

As described by Da Rocha et al. [47] childbirth is a sociocultural construction associated to a physiological event, and as such, the pain and negative emotions associated with this construction are seen as intrinsic parts of childbirth.

Furthermore, institutionalised birth is hegemonically understood as the only current model for childbirth. In this regard, Sanfelice et al. [48], Cheyney [49], and Gurara et al. [50] indicate that the concepts of safety and risk have been crucial to overcoming women’s fears and uncertainty when they want to give birth outside the context of a healthcare institution, since biomedical discourse justifies its own position that home births entail mortality risks.

Moreover, some authors [51–53] believe that institutionalising birth greatly reduced world maternal and neonatal mortality rates.

Notwithstanding, a Cochrane review performed by Olsen et al. [54] claimed that ‘there is no strong evidence from randomised trials to favour either planned hospital birth or planned home birth for low-risk pregnant women’ [54]. Hutton et al. [55] came to similar conclusions in their study comparing neonatal and perinatal mortality among women who had planned home births with women with low-risk pregnancies who had planned hospital births.

Arguing that home births should not be performed because maternal and infant mortality and morbidity rates have decreased with the medicalisation of birth restricts the focus of analysis to a debate that solely concerns healthcare, thus overlooking the economic, social, political and demographic variables that affect maternal and infant health throughout the world [17, 56, 57].

Significant international scientific evidence supports birthing in the home. However, healthcare professionals still hesitate to recommend it as a safe option. In this regard, Foucault [13] proposes the concepts of ‘biopower’ and ‘biopolitics’ to analyse the new power and control mechanisms that regulate how life and birth are managed and perpetuated in public policy and endeavours. Clavero et al. [58] assert that the technology applied to birth (caesarean sections and the use of forceps, among others) is useful insofar as it has helped human development evolve, and that therefore, it would be very difficult for women to give birth if this technology didn’t exist. In short, healthcare professional reticence is founded in not just the discourse on (lack of) home birth safety, as explained by Authors [59], but also stems from a patriarchal dominant structure that conditions women’s behaviour and reproductive health.

In addition to the foregoing resistance, the women interviewed express having experienced obstacles within their families. In this regard, they describe having undertaken a significant learning process that comprised defining the problem, reflecting on their motives and finally, generating opposing action [60], which thereby enabled them to state their case and defend their decision to others. Despite these obstacles, the participants felt supported and protected by their partners. Moshi et al. [61] state that a partner's support is important at an emotional level and in a protective sense as they ensure that everything is alright during labour.

With regard to emotions felt during home birth, the women interviewed identified pain as well as joy and pleasure as their principal feelings during labour. Davis-Floyd [15] interprets childbirth as a sexual act and asserts that a woman's privacy should therefore be protected while she is in labour so as to prevent a mental and hormonal disconnect. This relates directly to the interviewees' desire for company or, frequently, to be alone during labour. Odent [16] attributes this contradictory phenomenon to neocortical inhibition. This author states that the neocortex must stop working during labour because, it might inhibit childbirth. Because this part of the brain is the agent responsible for rational activity, any stimulus that would activate it should be avoided.

Participants stated that, during labour, they felt calm and confident because they knew there was a midwife with them. Some authors [62–66] emphasise the importance of being attended by a qualified midwife during a home birth for the woman to feel confident and safe, especially in light of the possible complications. Cheyney et al. [67] state that adequate communication between the home and the hospital is important in case a transfer is required.

The limitations of this study include the absence of the stories of women who gave birth at home without a midwife or in the company of a traditional birth assistant or doula. These situations would be tremendously interesting for future research to deepen our understanding of the social meanings of home births. They were not incorporated in this research project due to feasibility concerns.

Conclusion

Analysing the social meanings that women ascribe to home birth in Chile entailed an intense review that revealed, on the one hand, the historical omission of women in these matters by patriarchal and colonising agents, and on the other, how difficult home birth is made due to healthcare, political and legislative issues. Identifying these tensions because is important because it will enable us to create and develop a new and complementary culture of birth that is specific to home birthing and that would enable alternative forms and community perspectives of motherhood, thereby opening up paths to propose and defend the healthcare ethics of labour and childbirth. Recognising the knowledge and wisdom of women's accumulated life experience enables births, motherhood and child-raising to be included within feminist and popular movements.

In conclusion, this study reveals how urgently necessary it is to defend and make home birth visible and recognised as a safe and valid option, and above all, to create a policy for women's well-being in response to a dominant hegemonic system that disenfranchises women and disables their decision-making.

Supporting information

S1 Appendix. Script of interview questions.
(TIFF)

Acknowledgments

We are grateful, first and foremost, to the Chilean women interviewed who generously participated and shared their childbirth stories as part of this study.

We would also like to thank the Master's programme in gender studies and psychosocial intervention at Universidad Central de Chile for collaborating on and supervising the empirical work carried out in Chile.

Additional thanks to Proof Editing SL and the translator collaborating with them for their linguistic support on the English version of the manuscript.

This paper contributes to the EU COST Action CA18211 “DEVOTION: Perinatal Mental Health and Birth Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes”.

Author Contributions

Conceptualization: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Data curation: Pía Rodríguez-Garrido.

Formal analysis: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Funding acquisition: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Investigation: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Methodology: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Project administration: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Resources: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Software: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Supervision: Josefina Goberna-Tricas.

Validation: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Visualization: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Writing – original draft: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

Writing – review & editing: Pía Rodríguez-Garrido, Josefina Goberna-Tricas.

References

- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago Ch. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013; 13: 205–213. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-205> PMID: 24215446
- Mead M. *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. Michigan: Routledge & Sons; 1935
- Olza I. *Parir. El poder del parto*. Barcelona: Ediciones B; 2017
- Sánchez-Rivera M. Construcción social de la maternidad: El papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*. 2016; 32(13): 921–953. Available from <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483044.pdf>
- Castoriadis C. *L'institution imaginaire de la société*. Paris: Editions de Seuil; 1975
- Moscovici S. *La psychanalyse son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France; 1961
- De Beauvoir S. *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard; 1949
- Badinter E. *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVIF—XX siècle)*. Paris: Flammarion; 1980
- Irigaray L. *Le corps-à-corps avec la mère*. Montréal: Pleine lune; 1981
- Rich A. *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*. New York: W.W. Norton & Company; 1976
- Vivas E. *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad*. Barcelona: Capitán Swing; 2019

12. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*. 2020; 16: e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615> PMID: 32574456
13. Foucault M. *Histoire de la sexualité*. Paris: Gallimard; 1976
14. Rodríguez C. *Pariremos con placer*. Murcia: Cauac editorial nativa; 2014
15. Davis-Floyd R. *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Fundación Creavida; 2009
16. Odent M. *Childbirth and the future of Homo Sapiens*. London: Pinter & Martin Ltd; 2013
17. Hernández JM, Echeverría P. Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático. *RIS*. 2016; 74(1): e025. <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
18. Sadler M. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. In: Sadler M, Acuña ME, Obach A, editors. *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia; 2004. pp. 15–66.
19. Sadler M, Santos MJDS, Ruiz-Berdún D, Leiva-Rojas G, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*. 2016; 24: 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002> PMID: 27578338
20. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciber-ativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Comunicação Saúde Educação*. 2017; 21(60): 209–220. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&lng=pt
21. Ortega E, Cairós LM, Clemente JA, Rojas C, Pérez AM. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. *ENE, Revista De Enfermería*. 2017; 11(1). Available from http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/676/parto_domicilio
22. White C, Tarrant M, Hodges R, Wallace EM, Kumar A. A pathway to establish a publicly funded home birth program in Australia. *Women Birth*. 2020; 33(5): e420–e428. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.007> PMID: 31668870
23. Márquez Y. Parto en casa contemporáneo en Santiago de Chile. Percepciones, conocimientos y saberes que se dan en el parto en casa según las mujeres y matronas. M.Sc. Thesis, Universidad Academia de Humanismo Cristiano Santiago de Chile. 2019. <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/5006>
24. Denzin N, Lincoln Y. *The sage handbook of qualitative research* 3rd ed. California: Sage Publications; 2005
25. Fielding H. A feminist phenomenology manifesto. In: Fielding H, Olkowski D. *Feminist Phenomenology Futures*. Indiana: Indiana University Press; 2017. p.9
26. Haraway D. *Simians, Cyborgs, and Women: The reinvention of Nature*. London: Routledge; 1991
27. The World Bank. Country and Lending Groups [Internet]. Washington: The World Bank; 2020. [Consultado 2020 dic 26]. https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519#High_income
28. The World Bank. GDP per capita (current US\$)—Chile [Internet]. Washington: The World Bank national accounts data and OECD National Accounts data files; 2019. [Consultado 2020 dic 26]. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=CL>
29. González C, Castillo C, Matute I (Editores). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2019
30. Instituto Nacional de Estadística. *Anuario de Estadísticas Vitales*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadística; 2017
31. De Elejalde R, Giolito E. Altas tasas de Cesáreas en Clínicas Privadas ¿Una relación causal?. *Obs. Econom.* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 26 de diciembre de 2020]; (135):4–5. Available from: <https://www.observatorioeconomico.cl/index.php/oe/article/view/8>
32. Asociación Gremial de Matronas de Parto en Casa: Maternas Chile. Situación nacional de parto en casa [Internet]. Santiago de Chile: Maternas Chile [Consultado 2020 diciembre 26]. <https://www.maternaschile.com/informacion-actualizada>
33. Vásquez M, Mogollón A, Silva M, Fernández de Sanmamed M, Delgado M, Vargas I. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*, Barcelona: Editorial Servei; 2006
34. Robles B. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*. 2011; 18(52): 39–49. Available from <https://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>
35. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014; 89(9): 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000388> PMID: 24979285

36. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev Esp salud Pública*. 2002; 76: 473–482. Available from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009 PMID: 12422422
37. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2): 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a> PMID: 32100154
38. Lera C, Genolet A, Rocha V, Schoenfeld Z, Guerriera L, Bolcatto S. Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. *Revista Cátedra Paralela*. 2007;(4): 33–39. Available from <http://catedraparalela.com.ar/revistasoficial/revista4/trayectorias.pdf>
39. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018; 26: e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069> PMID: 30517571
40. Azhar Z, Oyebo O, Masud H. Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat, Pakistan: A quest for respectful maternity care. *PlosOne*. 2018; 13(7): e0200318. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200318> PMID: 29995939
41. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Capítulo III, Art. 15, n°3. Venezuela; 2007 [Published September 17, 2007]. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
42. Kitzinger S. *Birth at home*. London: Penguin Books; 1981
43. Ruiz C. *El parto sin dolor*. Punta de Parra, Chile: Ediciones Almacigo; 2013
44. Schmid V. *El dolor del parto*. Tenerife: Ob Stare; 2016
45. Spinoza B. *Ética demostrada según el orden geométrico*. Madrid: Editora Nacional; 1980
46. Dahlen H. Midwifery: “At the edge of history”. *Women Birth*. 2006; 19(1): 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.01.002> PMID: 16791998
47. Da Rocha R, Franco SC, Baldin N. El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Rev Bras Anestesiología*. 2011; 61(3): 204–210. Available from http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf
48. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Home birth: Understanding the reasons for this choice. *Text Context Nursing*. 2015; 24(3): 875–882.
49. Cheyney M. Homebirth as System-Challenging praxis: Knowledge, power, and intimacy in the Birthplace. *Qual Health Res*. 2008; 18(2): 254–267. <https://doi.org/10.1177/1049732307312393> PMID: 18216344
50. Gurara M, Muyltermans K, Jacquemyn Y, Van geertruyden JP, Draulans V. Traditional birth attendants’ roles and homebirth choices in Ethiopia: A qualitative study. *Women Birth*, 2020; 33(5): e464–e472. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.004> PMID: 31699461
51. Ozimek JA, Kilpatrick S. Maternal Mortality in the Twenty-First Century. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018; 45(2): 175–186. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.01.004> PMID: 29747724
52. Cogburn MD. Homebirth fines and health cards in rural Tanzania: On the push for numbers in maternal health. *Social Science & Medicine*. 2020; 254. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112508> PMID: 31521426
53. Johnson FA, Padmadas SS, Matthews Z. Are Women Deciding against Home Births in Low- and Middle-Income Countries? *PlosOne*. 2013; 8(6): e65527. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065527>
54. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; 9: CD000352. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2> PMID: 22972043
55. Hutton E, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta- analyses. *EClinicalMedicine*. 2019; 14: 59–70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005> PMID: 31709403
56. Zárte MS. *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*. 2°ed. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2008
57. Zárte MS. Parto, crianza y pobreza en Chile. En: Sagredo R, Gazmuri C, editores. *Historia de la vida privada en Chile. El Chile contemporáneo de 1925 a nuestros días*. Santiago de Chile: Taurus; 2010. p. 13–47
58. Clavero JA, Escudero M, Arsuaga JL. *Historia del parto. Sesión Científica Extraordinaria de la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid; 2016. <https://www.ranm.tv/index.php/video/835/historia-del-parto->
59. Rodríguez-Garrido P, Goberna-Tricas J. (Un)safety of home birth: a literature review *Matronas Prof.*. 2020; 21(2): e-37–e46

60. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI; 2012
61. Moshi F, Nyamhanga T. Understanding the preferences for homebirth: An exploration of key barriers to facility delivery in rural Tanzania. *Reprod Health*. 2017; 14: 132–140. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0397-z> PMID: 29041972
62. De Jonge A, Geerts C.C, Van der Goes B.Y, Mol B.W, Buitendijk S.E, Nijhuis J.G. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2015; 122: 720–728. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13084> PMID: 25204886
63. Hutton E, Cappelletti A, Reitsma A, Simioni J, Horne J, McGregor C, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*. 2016; 188(5): 80–90. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150564> PMID: 26696622
64. Holten L, Hollander M, Miranda E. When the hospital is no longer an option: A multiple case study of defining moments for women choosing home birth in high-risk pregnancies in the Netherlands. *Qual Health Res*. 2018; 28(12): 1883–1896. <https://doi.org/10.1177/1049732318791535> PMID: 30101662
65. Grünebaum A, McCullough L, Arabin B, Brent R, Levene M, Chervenak F. Neonatal mortality of planned home birth in the United States in relation to professional certification of birth attendants. *PlosOne*. 2016; 11(5): e0155721. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155721> PMID: 27187582
66. Janssen PA, Mitton C, Aghajanian J. Costs of Planned Home vs. Hospital Birth in British Columbia Attended by Registered Midwives and Physicians. *PlosOne*. 2015; 10(7): e0133524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133524> PMID: 26186720
67. Cheyney M, Everson C, Burcher P. Homebirth transfers in the United States: Narratives of risk, fear, and mutual accommodation. *Qual Health Res*. 2014; 24(4): 443–456. <https://doi.org/10.1177/1049732314524028> PMID: 24598774

8. DISCUSIÓN



Fotografía CC By: Pía Rodríguez-Garrido

Lugar: Valparaíso, Quinta Región,
Chile

Contexto: Fotografía tomada en el Cerro Alegre, ascensor “El Peral”

Descripción: Imagen de uno de los tantos ascensores de los cerros de Valparaíso. El ascensor va con gente en su interior, por fuera es de color rojo, verde y blanco. De fondo se visualizan árboles y edificios.

8.1 Discusión

El parto en domicilio se aborda desde múltiples perspectivas en la evidencia científica encontrándose visiones concordantes, así también, contrapuestas en su desarrollo. De este modo, los resultados de esta investigación muestran una compleja trayectoria que rodea la atención planificada del parto en domicilio desde su vereda institucional, sanitaria y social.

En ese camino, la evidencia científica que recoge las representaciones sociales indica que existe una sensación de “empoderamiento” cuando las mujeres optan por tener un parto en domicilio (Jouhki, 2012; Lessa et al., 2014a). En este sentido, la decisión sobre este tipo de nacimiento está respaldada por el acceso a la información antes y durante la gestación (Feeley & Thomson, 2016; Lessa et al., 2014a; Sanfelice & Shimo, 2015a; Silveira, Monticelli & Knobel, 2013a). Aunque, en ocasiones, tal como refiere Lindgren, Nässén & Lundgren (2017) la información obtenida las incentiva a tomar la decisión de parir sin ayuda profesional, debido al rechazo al modelo médico e institucional (Worman-Ross & Mix, 2013) que las mujeres describen.

Desde la perspectiva institucional, es frecuente encontrar estudios que comparen la atención del parto en domicilio versus la atención del parto en el hospital, refiriendo que, en el caso de estos últimos, las mujeres reciben mayores cuidados de cara a su gestación y parto a diferencia del domicilio (Burns, 2015). A pesar de que las narrativas de las mujeres identifican que un mayor número de intervenciones médicas se realizan en estas instituciones en comparación con el hogar (Bernhard et al., 2014; Boucher et al., 2009; Delgado, Sampalo & Barros, 2007).

A su vez, estudios amparados desde la perspectiva sanitaria develan importantes diferencias entre las directrices estipuladas por las instituciones internacionales y las apreciaciones de los profesionales de la salud. En ese sentido, como afirman Frank & Pelloso (2013), Matão et al., (2016) y Rainey et al., (2017) la mayoría de los profesionales de la salud no apoyan la realización del parto en domicilio, ya que lo asocian a mayores tasas de mortalidad perinatal debido a la inseguridad que conlleva realizarlo fuera de las instituciones sanitarias.

Esta opinión es frecuente de encontrar, a pesar de las recomendaciones internacionales de una serie de estudios que validan el cuidado del parto en el domicilio cuando sucede en

condiciones óptimas (ACNM, 2015; De Jonge et al., 2009; Hutton et al., 2019; Olsen & Clausen, 2012; Rigg et al., 2017; Scarf et al., 2018).

Similar situación refleja estudios como el de Titaley et al., (2010) que apoyan la postura de muchos de los profesionales de la salud de no realizar el parto en domicilio, en tanto consideran que los factores sociodemográficos y las limitaciones económicas pueden representar factores negativos del cuidado al momento del nacimiento. Sin embargo, contrarrestando esta información, autores como Cecagno & Díaz de Oliveira (2004) y Laza (2015) concuerdan que, cuando se cumplen las condiciones necesarias y las mujeres optan por estar acompañadas de matronas en sus hogares, es posible realizar un parto en domicilio, a pesar de las variables sociodemográficas que les impide acudir a un recinto sanitario.

A partir de lo expuesto, uno de los elementos que emergen continuamente en el debate sanitario e institucional del parto en domicilio, tiene relación con la presencia de seguridad o inseguridad en el nacimiento. Este concepto cobra importancia desde el punto de vista biomédico, ya que implica consecuencias mortales, tanto maternas como fetales si no se contempla dentro de la atención sanitaria (Carvajal, 2017).

Los resultados maternos y fetales son primordiales para tomar la decisión de dónde parir. En este sentido, el England Collaborative Group destaca la posibilidad de ofrecer a las mujeres multíparas de bajo riesgo obstétrico la opción de elegir el lugar del parto, incluido el domicilio, debido al bajo impacto en los resultados perinatales que conlleva (Brocklehurst et al., 2011).

Similar situación se describe en los estudios de Van der Kooy et al. (2017), Rossi & Prefumo (2018) y Hutton et al. (2016), agregando la importancia de la presencia de una matrona calificada en la atención al parto. No obstante, investigaciones como la de Grünebaum et al. (2017) puntualizan que la matrona no sólo debe ser experta en la materia, sino, además, debe estar certificada.

En el marco comparativo de la seguridad entre el parto hospitalario y el atendido en el domicilio, el estudio de Kennare et al. (2010) describe que la seguridad de este último está relacionada con analizar de manera efectiva los riesgos obstétricos y la facilidad en el momento de transferir. Del mismo modo lo plantean McLachlan et al. (2016), añadiendo que

la transferencia sería más fácil si la matrona que acompaña el parto en domicilio fuera miembro del hospital al cual se transfiere.

En la misma línea, la revisión Cochrane realizada por Olsen y Clausen (2012), es enfática en concluir que “no existen pruebas sólidas de ensayos aleatorizados que favorezcan el parto planificado en el hospital o planificado en el domicilio en pacientes embarazadas de bajo riesgo” (Olsen & Clausen, 2012, p. 1).

De este modo y complementando lo señalado, Elder & Fisher (2016), señalan que no existe un riesgo significativo comparativo en el caso de que el parto en el domicilio cumpla las condiciones mínimas para llevarse a cabo, es decir, un modelo consensuado que incluya a mujeres con gestaciones de bajo riesgo obstétrico, una matrona calificada y un sistema de transferencia sanitaria bien integrado en el domicilio en que tenga lugar el parto (Halfdansottir et al., 2015).

Cuando se aborda la seguridad del parto desde la óptica de las mujeres que dan a luz, se observan opiniones diversas en tanto existe una heterogeneidad de éstas y no siempre coinciden con las apreciaciones y valoraciones de los/as profesionales. En este sentido, algunas mujeres se sienten seguras únicamente en un entorno hospitalario, mientras que otras, apartándose del sistema biomédico, consideran seguro un parto en domicilio autoasistido (Holten & Miranda, 2016).

Del mismo modo, y articulando ambos modelos de atención al nacimiento, algunas mujeres prefieren un parto en domicilio, pero con el resguardo que les proporciona el modelo sanitario, en tanto cuentan con el apoyo de una matrona experta confiando en la seguridad que ésta les confiere (Ferreira et al., 2018).

A la luz de lo expuesto, se evidencia el debate que suscita la atención planificada del parto en domicilio desde la perspectiva internacional: social, sanitaria e institucional. Paralelo a ello, emergen experiencias relativas a la compleja realidad de dar a luz en domicilio en contextos como el chileno. En ese sentido y situando el debate en este escenario, las propias protagonistas que dieron a luz en domicilio junto a una matrona, reconocen e identifican que uno de los momentos más significativos y dificultosos en sus trayectorias de parto en domicilio fue tomar la decisión y luego llevarla a cabo. Esa dificultad se relacionó

principalmente, con los discursos negativos que rodean las representaciones sociales del parto en domicilio, como describe Da Rocha, Franco & Baldin (2011), ya que el parto es una construcción sociocultural asociada a un evento fisiológico, por lo tanto, al tener esta característica, el dolor y las emociones negativas asociadas a él, se ven como propias del evento.

En ese sentido, Sanfelice & Shimo (2015a, 2015b), Cheyney (2008) y Gurara et al. (2020), señalan que los conceptos de seguridad y riesgo han sido determinantes para traspasar temor e inseguridad a las mujeres que buscan parir fuera de la institución sanitaria, en tanto el discurso biomédico justifica su posición desde el riesgo de mortalidad que implican los partos en domicilio, inclusive acompañado por una matrona. A esto se añade que algunos autores (Ozimek & Kilpatrick, 2018; Cogburn, 2019) consideran que gracias a la institucionalización de los partos es que se produjo una importante disminución en las tasas de mortalidad materna y neonatal en el mundo.

Sin embargo, estudios como los de Hutton et al. (2019), a partir de evaluar la mortalidad perinatal y neonatal entre mujeres que tenían la intención de parir en el domicilio en comparación con mujeres de bajo riesgo obstétrico que tenían la intención de dar a luz en el hospital, concluyen con la falta de evidencia científica significativa que favorezca el parto planificado en el hospital o el parto planificado en el domicilio en mujeres gestantes de bajo riesgo obstétrico.

De este modo, argumentar que la tasa de mortalidad y morbilidad materna y neonatal disminuyó con la medicalización del nacimiento y que por ello no se debiesen realizar los partos en domicilio, implica reducir el análisis a un debate únicamente sanitario, omitiendo las variables económicas, sociales, políticas y demográficas que afectan a la salud materno-infantil en la población mundial (Hernández & Echevarría, 2016; Zárate, 2008, 2010).

A partir de ello, existe importante evidencia científica internacional que sustenta el parto en domicilio, sin embargo, aún existe resistencia por parte de los profesionales de la salud para recomendarlo como opción segura. En ese sentido, es atingente la noción biopolítica (Foucault, 2007, 2008) para analizar los nuevos mecanismos de poder y control que organizan la gestión de la vida y el nacimiento que se perpetúan en las disciplinas y políticas

públicas, y que son reforzados en perspectivas como las de Clavero, Escudero & Arsuaga (2016) cuando describen que la tecnología que se aplica en los nacimientos, llámese cesáreas, uso de fórceps, entre otras, son útiles de cara a las transformaciones evolutivas de los seres humanos y, por tanto, si estas tecnologías no estuviesen, sería muy dificultoso que las mujeres pudiesen parir.

En definitiva, la resistencia por parte de los profesionales de la salud se sustenta no sólo desde el discurso de la inseguridad del parto en domicilio, sino también, se inmiscuye a través de la estructura patriarcal dominante que condiciona el comportamiento de las mujeres y su salud reproductiva, sobre todo, desde la perspectiva biomédica (Davis-Floyd, 2009, Olza, 2017)

En sintonía con las barreras institucionales, las mujeres refieren resistencias que, en ocasiones, provienen desde su propio núcleo familiar. En ese sentido, describen el importante proceso de concientización que tuvieron que desarrollar, esto implicó definir el problema, reflexionar sobre sus causas y finalmente, generar acciones frente a ello (Freire, 2012) permitiéndoles argumentar su decisión ante las opiniones del resto. Sin embargo, a pesar de esas barreras, en la mayoría de los casos las participantes refirieron sentirse apoyadas y contenidas por sus parejas y familia.

Sobre esto, Moshi & Nyamhanga (2017), refieren la importancia del apoyo de las parejas en el momento del parto, tanto a nivel emocional como de resguardar que esté todo en orden. Por su parte Michel Odent (2013) en concordancia con lo señalado, añade que existe cierta similitud entre los partos domiciliarios y los partos mamíferos, en tanto la hembra se encarga de parir aislada de la sociedad y el macho es quien se preocupa de observar que no existan amenazas o depredadores cerca.

A su vez, el parto en domicilio se identifica como un evento rodeado de emociones tanto positivas como negativas que van desde el momento que toman la decisión hasta la última instancia que culmina con el nacimiento, sobre esto, David Le Breton (1998) describe las emociones como “un acontecimiento pasado, presente o futuro, real o imaginario, en la relación del individuo con el mundo; en un momento provisorio nacido de una causa precisa en la que el sentimiento se cristaliza con una intensidad particular” (p.105). Así, las

entrevistadas reconocen el dolor, la alegría y el placer como emociones que inundaron el proceso de parto.

Sobre esto, Davis-Floyd (2009) indica que el parto es un acto sexual, por ende, se debe proteger la intimidad mientras este sucediendo para evitar la desconexión hormonal y mental en la mujer. A esta situación Casilda Rodríguez (2014) le llamó “parto orgásmico”, la autora señala que éste “se produce porque el propio movimiento del útero es en sí mismo productor de placer, y sucede cuando el parto se produce de forma natural” (p.74), además añade que “el tipo de movimiento que realizan los haces musculares del útero en el parto es el mismo que realizan durante el orgasmo” (p.75).

De este modo, las emociones encarnadas las experimentaron con tal intensidad que en ocasiones les invitaba a desear la compañía de otra persona, para luego preferir la soledad, esto último sobre todo en etapas más avanzadas del parto, a esta situación Odent (2013) lo atribuye a la inhibición del neocórtex, ya que durante el trabajo de parto activo esta parte del cerebro debe parar de trabajar en tanto concierne la actividad racional, por lo cual para que se desencadene el parto es necesario evitar cualquier estímulo que lo active.

A pesar de la intensidad de las emociones vividas, las participantes refieren que durante el parto se sentían tranquilas y confiadas al saber que contaban con la presencia de una matrona. Así, De Jonge et al. (2015) y Hutton et al. (2016) manifiestan la importancia de parir en el domicilio acompañada de una matrona calificada de cara a proporcionar seguridad a la mujer frente a posibles complicaciones, no obstante, Odent (2013) añade que es importante que la profesional, además, respete los momentos de soledad de la mujer durante la fase activa del parto, ya que, de lo contrario, podría obstaculizar el progreso fisiológico del nacimiento.

Cheyney, Everson & Burcher (2014), complementan que es fundamental que exista una adecuada comunicación entre el hogar y el hospital en caso de transferencia, inclusive atendiendo a lo complejo que es cumplir con esta característica, ya que en la mayoría de las veces la profesional que traslada no es bien recibida en el hospital, así como la mujer que está siendo trasladada (Hutton et al., 2016).

8.2 Limitaciones del estudio

El presente apartado recoge algunas limitaciones que deben ser consideradas al momento de identificar e interpretar los principales hallazgos y resultados del estudio. En ese sentido, y en relación al primer objetivo general de investigación, su desarrollo metodológico implicó limitaciones propias de recoger dentro de la literatura científica revisada estudios basados principalmente en metodologías cualitativas. Este enfoque significa que los resultados no pueden cuantificarse y extrapolarse a otros contextos, no obstante, permite un análisis más profundo de los aspectos subjetivos de las representaciones sociales del parto en domicilio. Otra limitación del estudio, debido a la amplia gama de contextos geográficos cubiertos, es el hecho de que ciertas facetas de las representaciones sociales del nacimiento en el domicilio, como sus características económicas, políticas y legales, no fueron abordadas en profundidad.

Sobre las limitaciones consideradas en el desarrollo del segundo objetivo general. La revisión bibliográfica aquí presentada contempló estudios realizados bajo diversas metodologías de investigación, sin embargo, se consideraron sólo los escritos en dos idiomas, dejando fuera estudios que pudiesen haber enriquecido el debate. Asimismo, no se incluyeron investigaciones que aborden la percepción de riesgo dentro de las instituciones sanitarias y desde las propias voces de las mujeres gestantes, situación fundamental de tener en consideración de cara a un próximo estudio.

Finalmente, las limitaciones presentes en el desarrollo del tercer objetivo general de investigación se relacionan con dejar fuera del alcance los significados sociales de las mujeres que hayan parido en sus domicilios sin la compañía de una matrona, o bien, junto a la compañía de una partera tradicional o doula. Asimismo, a mujeres que pertenecieran a otras comunidades o pueblos originarios. Panoramas tremendamente interesantes para analizar en investigaciones futuras de cara a profundizar en los significados sociales del parto en domicilio y que, por motivos de factibilidad, no pudieron ser abordados en esta investigación.

9. CONCLUSIONES



Fotografía CC By: Pía Rodríguez-Garrido

Lugar: Colcura, Octava Región del
Bio-Bio, Chile

Contexto: Fotografía tomada desde un pequeño puente camino a entrevistar a una mujer que parió en su hogar.

Descripción: Imagen de un brazo de río con barcos de color celeste y blanco. En el fondo de la imagen hay casas y un bosque frondoso que las rodea. El día está soleado con unas pocas nubes.

A partir de los resultados obtenidos puedo concluir que, desde el punto de vista sanitario, institucional y de la gestión de la salud, el parto en domicilio no está ampliamente aceptado como una alternativa válida y segura para dar a luz en la actualidad. La mayoría de los profesionales de la salud identifican en esta práctica, un importante riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal tanto para la madre como para el recién nacido.

Así también, la mayoría de los profesionales de la salud consideran que las intervenciones realizadas en los hospitales durante el parto son necesarias a partir de las complicaciones que surgen durante el nacimiento y que en ocasiones no pueden ser previstas con anterioridad, situación que destacan, no puede ser abordada de manera segura cuando el parto ocurre en el domicilio.

Por su parte, los resultados reflejan que no existe a nivel internacional un sistema bien articulado de transferencia entre el hospital y el domicilio en el cual ocurre el nacimiento, generando dificultades tanto en los traslados –en el caso de emergencias– como en el recibimiento de la mujer gestante o puérpera al interior del hospital.

Las declaraciones institucionales y estamentales sobre el parto en domicilio no son homogéneas. La American College of Nurse-Midwives (ACNM) valida la atención del parto en domicilio realizado bajo los estándares mínimos de seguridad (ser gestante de bajo riesgo obstétrico, estar acompañada de una matrona calificada y contar con un sistema de transferencia bien articulado entre el hogar y el hospital), no obstante, la Academia Americana de Pediatría (AAP) establece que el lugar más seguro para dar a luz son las instituciones sanitarias.

A partir de esto, cuando el parto en domicilio sucede bajo los estándares mínimos de seguridad –antes descritos– no es posible posicionar el parto en domicilio por sobre el hospitalario, o viceversa, principalmente, debido a que la tasa de mortalidad materna y perinatal en ambos espacios no varía significativamente.

Por su parte, desde la perspectiva de las representaciones sociales del parto en domicilio, existe un interés en volver a los partos en domicilio, en respuesta a la excesiva medicalización e institucionalización del nacimiento al interior de los hospitales. Los resultados obtenidos

sobre las representaciones sociales reconocen y valoran, sobre todo, la autonomía y comodidad que les otorga el domicilio a diferencia del hospital al momento de dar a luz.

La alternativa de parir en domicilio está siendo cada vez más atractiva para las mujeres a medida que obtienen mayor acceso a la información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, además de sentirse apoyadas por el surgimiento de movimientos sociales que expresan su desaprobación frente a la excesiva medicalización de la atención al parto y nacimiento en la actualidad. Este escenario genera que las mujeres puedan tomar decisiones de manera consciente e informada.

Desde el punto de vista de las protagonistas, analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno, se tradujo en un intenso recorrido que pone en evidencia, por una parte, la omisión histórica de las mujeres por parte de los procesos patriarcales en las relaciones de poder biomédicas, y, por otra parte, las dificultades legislativas, políticas y sanitarias para llevarlo a cabo en Chile.

El parto en domicilio significó para las protagonistas un vaivén de tensiones que tuvieron que sobrellevar a partir de optar por una modalidad de nacimiento poco reconocida y validada por la comunidad médica y por el medio social. Teniendo que construir un discurso sustentado principalmente en la evidencia científica para socializar en su entorno la decisión.

Finalmente, los resultados obtenidos permiten evidenciar que las protagonistas que dan a luz en domicilio valoran positivamente la presencia de sus parejas durante el parto, similar situación experimentan con la compañía de las matronas durante el nacimiento, en tanto su presencia les entrega tranquilidad, confianza y seguridad.

10. LÍNEAS FUTURAS DE DESARROLLO E INVESTIGACIÓN



Fotografía CC By: Pía Rodríguez-Garrido

Lugar: Santiago de Chile, Región Metropolitana, Chile

Contexto: Fotografía tomada en la marcha conmemorativa del “Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”

Descripción: Imagen de un lienzo sostenido por activistas del Colectivo social “PARIRNOS CHILE”. El lienzo indica la frase ¡Exigimos gestar y parir sin violencia! Violencia Obstétrica es Violencia de Género.

Esta investigación devela la emergencia y necesidad de reivindicar el parto en domicilio de cara a visibilizar y reconocer su realización como una opción válida, segura y, sobre todo, política para el bienestar de las mujeres, en respuesta al sistema hegemónico dominante que las inhabilita en la toma de decisiones.

En ese camino, desde la vereda de la producción científica internacional revisada, no existe evidencia científica decisiva que indique el lugar idóneo para dar a luz. Por ese motivo, se recomienda e insta a continuar con investigaciones que puedan generar conocimiento científico desde el alcance cualitativo y cuantitativo del parto en domicilio considerando las representaciones sanitarias e institucionales, así también, políticas y subjetivas de las mujeres y sus familias sobre el parto en domicilio, involucrando en este debate, las narrativas de mujeres que habitan las fronteras y espacios no dominantes y subalternos; sus experiencias y aportes de seguro enriquecerán fuertemente el debate sobre el nacimiento y el parto en domicilio.

En ese sentido, explorar las representaciones sociales y sanitarias proporciona una base sólida para problematizar la cuestión del nacimiento fuera de los hospitales, ya que aporta a la construcción de nuevos paradigmas académicos y conocimientos sobre el parto. A su vez, orienta la formación de profesionales comprometidos con la salud sexual, reproductiva y afectiva de mujeres que respeten, sobre todo, sus decisiones sobre el nacimiento y percepciones sobre su cuerpo.

Por ello, es fundamental ingresar el debate del parto en domicilio en los planteamientos y discusiones de los equipos e instituciones de salud, permitiendo en un corto plazo, posicionarlo como una modalidad de nacimiento accesible y garantizada por parte de las instituciones y Estados. Del mismo modo, su inclusión en los planes de estudio de los profesionales de la salud (obstetras y matronas) a través de asignaturas con dicho enfoque o bien en sus prácticas clínicas, permitirá formar profesionales comprometidos con modelos asistenciales respetuosos con las preferencias y elecciones de las mujeres, basados en evidencia científica oportuna y situada.

En definitiva, las líneas futuras de desarrollo e investigación que provee este estudio, se orientan a dimensiones que trabajen el parto planificado en domicilio atendido por profesionales de la salud basados en enfoques de género y derecho, esto no tan solo permite aportar en materia de producción científica para el contexto chileno y latinoamericano en el debate sociosanitario del parto en domicilio, sino también, establece horizontes epistémicos donde las reflexiones en torno al nacimiento sean parte de una propuesta política de cara a la construcción de nuevas directrices en la Constitución –como en el caso de Chile– en donde la atención del nacimiento y los procesos de salud sexual, reproductiva y afectiva sean lineamientos básicos en los cuales orientar y redactar una nueva carta magna basada en un enfoque de género y derechos.

11. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

11.1 Financiación

- > Beca para doctorado en el extranjero convocatoria 2017 de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile (Conicyt). Referencia: 72180224-2017
- > Proyecto de investigación: Prevención y detección de las violencias de género durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obstétrica. Referencia: 2016ACUPO83. Programa: RecerCaixa. Institución: Obra social “la Caixa”. Duración: 2017-2018. Investigadora Principal: Dra. Josefina Goberna Tricas.
- > Proyecto de investigación: Vulnerabilidad en el pensamiento filosófico femenino. Contribuciones al debate sobre emergencias presentes. Referencia: PGC2018-094463-B-100 (MCIU/AEI/FEDER, UE). Programa: Programa Estatal de Generación del Conocimiento y Fortalecimiento Científico y Tecnológico del Sistema de I+D+i. Institución: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Duración: 2019-2021. Investigadoras Principales: Dra. Fina Birulés Bertrán y Dra. Josefina Goberna Tricas.

11.2 Difusión de los resultados

A continuación, expongo los artículos científicos generados de esta investigación, en tanto producción que emergió del marco teórico y conceptual, así como de la exposición de los resultados de esta investigación.

Del mismo modo, presento las ponencias y actividades realizadas en el marco de mi posición como investigadora pre-doctoral del Programa de Enfermería y Salud de la Universidad de Barcelona, asimismo, en el marco de la estancia internacional que realicé en Chile durante los meses de octubre de 2018 a enero de 2019 en la Universidad Central de Chile en el Programa de Magister en Estudios de Género e Intervención Psicosocial, estancia supervisada por la Dra. Claudia Calquín Donoso.

11.2.1 Artículos científicos publicados

- > Rodríguez-Garrido, P., & Goberna-Tricas, J. (2021). Birth Cultures: Home Birth in the Chilean Context. *PlosOne*, 16(4), e0249224.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224>
- > Rodríguez-Garrido, P., Pino-Morán, J., & Goberna-Tricas, J. (2020). Exploring social and health care representations about home birth: An integrative literature review. *Public Health Nursing*, 00, 1-17.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/phn.12724>
- > Rodríguez-Garrido, P., & Goberna-Tricas, J. (2020). (In)seguridad del parto en domicilio: una revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*, 21(2), e37-e46.
<https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2020/10/e37-REVISION-BIBLIOGRAFICA- INSEGURIDAD.pdf>

11.2.2 Editorial

- > Rodríguez-Garrido, P. (2021). Transitando hacia una matronería feminista y situada en Latinoamérica. *Revista de Investigación Musas*, 6(2), 1-4. <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/index>
- > Rodríguez-Garrido, P. (2020). Maternidades en resistencia y discurso social. *Revista de Investigación Musas*, 5(1), 1-2.
<https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/30734/30870>

11.2.3 Ponencias

- > Seminario “Maternidades y feminismos: problematizando la violencia gineco-obstétrica”. Organiza: Magíster de Estudios de Género e Intervención Psicosocial de la Universidad Central de Chile en colaboración con la Universidad de Barcelona. Dirige: Claudia Calquín Donoso y Pía Rodríguez. Lugar: Universidad Central de Chile, Santiago de Chile. Fecha: 30 de noviembre de 2018.

- > Seminario “Proyecto Fondecyt/Conicyt N° 11160371”. Ponencia “Fortalecimiento de la mujer en la decisión de un parto en domicilio en el contexto chileno”. Organiza: Magíster de Estudios de Género e Intervención Psicosocial de la Universidad Central de Chile. Dirige: Claudia Calquín Donoso. Lugar: Universidad Central de Chile, Santiago de Chile. Fecha: 04 de enero de 2019.
- > Jornada Conmemorativa “10° Aniversario Doctorado de Enfermería en la Universidad de Barcelona”. Organiza: Programa de Doctorado en Enfermería y Salud, Universidad de Barcelona. Mesa redonda “La experiencia del doctorado en enfermería: Perspectiva de las doctorandas/os”. Lugar: Campus Bellvitge Universidad de Barcelona, España. Fecha: 23 de mayo de 2019.
- > Congreso “6th World Congress on Advanced Nursing and Healthcare”. Ponencia “Obstetric violence and popular education. A necessary articulation from a gender perspective”. Organiza: Committee Members of Euro Nursing 2019 applaud. Lugar: Bruselas, Bélgica. Fecha: 15 de junio de 2019
- > Seminario “Atención Sanitaria a la Salud Procreativa. Vulnerabilidad y violencia institucional”. Organiza: ADHUC. Centre de recerca Teoría, Gènere, Sexualitat i Departament Infermeria Salut Pública, Salut Mental i Maternoinfantil. Universitat de Barcelona. Dirige: Josefina Goberna Tricas. Coordina: Neus Garriga, Ainoa Biurrun y Pía Rodríguez. Lugar: Campus Bellvitge. Universidad de Barcelona, España. Fecha: 11 de noviembre de 2019.
- > Seminario “Género, Salud y Sexualidad”. Organiza: Proyecto de Investigación VULFIL: Vulnerabilidad en el pensamiento filosófico femenino. Contribuciones al debate sobre emergencias presentes. Referencia: PGC2018-094463-B-100 (MCIU/AEI/FEDER, UE). Coordinan: Josefina Goberna Tricas y Pía Rodríguez Garrido. Lugar: Campus Bellvitge. Universidad de Barcelona, España. Fecha: 27 de marzo de 2020.
- > II Seminario “Atención sanitaria a la salud procreativa: Dar a luz en tiempos de pandemia”. Organiza: ADHUC. Centre de recerca Teoría, Gènere, Sexualitat, VULFIL: Vulnerabilidad en el pensamiento filosófico femenino. Contribuciones al debate sobre emergencias presentes. Referencia: PGC2018-094463-B-100 (MCIU/AEI/FEDER,

UE). Dirige: Josefina Goberna Tricas. Coordinan: Neus Garriga, Ainoa Biurrun y Pía Rodríguez. Lugar: Campus Bellvitge, Universidad de Barcelona. Fecha: 11 y 18 de noviembre de 2020.

11.2.4 Actividades académicas

- > Estancia internacional en el Magíster de Estudios de Género e Intervención Psicosocial de la Universidad Central de Chile, estancia supervisada por la Dra. Claudia Calquín Donoso. Periodo: octubre de 2018 a enero de 2019.
- > Investigadora predoctoral del Centro de Investigación-Adhuc. Género, Teoría y Sexualidad de la Universidad de Barcelona. Periodo: 01 de febrero de 2019 a la actualidad.
- > Investigadora predoctoral del Grupo de Estudios: Mujer, Salud y Ética de la Universidad de Barcelona.
- > Miembro del Equipo Editorial Revista Científica Musas: Mujer, Salud y Sociedad de la Universidad de Barcelona.
- > Investigadora del Proyecto “Dar a luz en tiempos de pandemia Covid-19: implicaciones éticas de la atención sanitaria a la maternidad”. Programa: Beca de Investigación sobre Bioética Convocatoria 2020. Institución: Fundación Víctor Grifols i Lucas. Duración: 2020-2022. Investigadora Principal: Dra. Josefina Goberna Tricas.

12. BIBLIOGRAFÍA

Ackerknecht, E.H. (1942). Primitive medicine and culture pattern. *Bulletin of the History of Medicine*, 12(4), 545-574. <https://www.jstor.org/stable/44440747>

Ackerknecht, E.H. (1955). *A short history of medicine*. The Ronald Press

Alvarez, N. (2016). El concepto de hegemonía en Gramsci: Una propuesta para el análisis y la acción política. *Revista de Estudios Sociales Contemporáneos*, 15, 150- 160. https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9093/08-alvarez-esc15-2017.pdf

American College of Nurse-Midwives [ACNM]. (2015). Clinical bulletin no 14. Midwifery provision of home birth services. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(1), 127–133. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12431>

Amorós, C. (Ed.). (2000). *Feminismo y filosofía*. Editorial Síntesis

Arendt, H. (2009 [1958]). *La condición humana*. Paidós

Aristóteles. (1988 [344]). *Política*. Introducción, traducción y notas de Manuela García Valdés. Editorial Gredos

Aranu, J., Martínez, M.E., Nicolás, M.D., Bas, E., Morales, R. & Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Rev Antrop Iberoamer.*, 7(2), 225-247

Arsuaga, J.L. (2012). *El primer viaje de nuestra vida*. Ediciones Planeta Madrid S.A.

Asociación Gremial de Matronas de Parto en Casa: Maternas Chile. (2016). La situación nacional del parto en casa. <https://www.maternaschile.com/informacion-actualizada>

Bachofen, J.J. (1987). *El matriarcado. Una investigación sobre la ginococracia en el*

mundo antiguo según su naturaleza religiosa y jurídica. Akal.

Banco Mundial. (26 diciembre 2020). Country and Lending Groups. https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519#High_income

Banco Mundial. (08 noviembre 2019). GDP per capita (current US\$) – Chile. The World Bank national accounts data and OECD National Accounts data files. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=CL>

Banda-Marroquín, O. (2018). Acerca del ser de la esencia. *Revista de filosofía. Eikasia.* 82, 11-46. <https://www.revistadefilosofia.org/82-01.pdf>

Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W. & Misago, C. (2013). Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 205–213. 10.1186/1471-2393-13-205

Bell, A., Erickson, E. & Carter, S. (2014). Beyond Labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *J Midwifery Womens Health*, 59(1), 35-42. 10.1111/jmwh.12101

Bergman, N. (2014). The neuroscience of birth – and the case for Zero Separation. *Curationis*, 37(2), 1-4. <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v37i2.1440>

Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K. & English, J. (2014). Home birth after hospital birth: Women's choices and reflections. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 160–166. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12113>

Biblioteca Nacional de Chile. (04 diciembre 2018). "Meicas o Curanderas" en Memoria Chilena. <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-96477.html#:~:text=La%20meica%20puede%20ser%20de,es%20siempre%20de%20asc en dencia%20mapuche>

Biglia, B. (2014). Capítulo 1. Avances, dilemas y retos de las epistemologías feministas en la investigación social. En I. Medina., M. Luxán., M. Legarreta., G. Guzmán., I. Zirion. & J. Azpiazu (Eds.), *Otras formas de (re)conocer. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista.* (pp.21-44). Universidad del País Vasco. Seminario Interdisciplinar de Metodología de Investigación Feminista

Biurrun-Garrido, A. & Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.*, 14(2), 62-66. <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/revision-bibliografica.pdf>

Blázquez, M.I (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 1-25. <https://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.pdf>

Bolla, L. (2018). Cartografías feministas materialistas: relecturas heterodoxas del marxismo. *Nómadas*, 48, 117-133. 10.30578/nomadas.n48a7

Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B. & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery Womens Health*, 54(2),119–126. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.09.006>

Boyé, A. (2006). *Matriarcados*. Ajuntament de Barcelona.

Braidotti, R. (2004). *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómade*. Gedisa

Brailey, S., Jarett, P., Luyben, A. & Poat, A. (2015). Swimming against the tide: women's experience of choosing a homebirth in Switzerland. *Br J Midwifery*, 23(11), 780-789

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa

Briffault, R. (2016 [1927]). *Las Madres. La mujer desde el matriarcado hasta la sociedad moderna*. La llave.

Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A. & McCourt, C., Malow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silverton, L. & Stewart M. (2011). Birthplace in England Collaborative G. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low-risk pregnancies: the birthplace in England National Prospective Cohort Study. *BMJ*, 343, 7400d. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3223531/>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press

Burgos, M.L. (2015). *Partería Patagónica*. Fondo Nacional del Desarrollo Cultural y las Artes (FONDART)

Burgos, M.L. (2017). *Partería Chilota*. Fondo Nacional del Desarrollo Cultural y las Artes (FONDART)

Burns, E. (2015). More than four walls: The meaning of home in home birth experiences. *Social Inclusion*, 3(2), 6–16. <https://doi.org/10.17645/si.v3i2.203>

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós

Cabnal, L. (2010). Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. En L. Cabnal, *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*. (pp.11-25). Acsur Las Segovias.

Calderón C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev Esp salud Pública*, 76, 473-482. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009

Canadian Association of Midwives [CAM]. (2013). Position Statement on Home Birth. https://canadianmidwives.org/wpcontent/uploads/2016/06/CAMACSFHomeBirthPS_FINAL-2013ENG.pdf

Carvajal, J. (2017). Parto programado en el domicilio: mirada desde la SOCHOG. *Rev Chil Obstet Ginecol.*, 82(2), 94-95

Carvajal, R., Gómez, M., Restrepo, N., Varela, M., Navarro, M. & Angulo, E. (2018). Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3). <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1061>

Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Editions de Seuil

Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Prometeo, Universidad Nacional de Quilmes

Castro, A. & Savage, V. (2019). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 38(2), 123-136. [10.1080/01459740.2018.1512984](https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984)

Caudill, W. (1953). Applied anthropology in medicine. In A.L. Kroeber (Comp.), *Anthropology today: An encyclopedic inventory*. (pp. 771-806). University of Chicago Press

Cecagno, S. & Dias de Oliveira, F. (2004). Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século xx numa ótica cultural. *Texto Contexto Enferm*, 13(3), 409–413. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300010>

Cerda, J., Toledo, N. & Muñoz, S. (Eds.). (2018). *Alzamos la Voz, historias de parto en la voz de sus protagonistas*. Corporación Parimos Chile.

<https://issuu.com/parirnoschile/docs/alzamoslavo>

Chevernak, F.A., Grünebaum, A., Arabin, B. & McCullough, L.B. (2017). The European court of human rights on planned home birth: Resolution of a paradoxical ruling. *BJOG*, *124*(10), 1472–1473. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14705>

Cheyney, M.J. (2008). Homebirth as systems-challenging praxis: Knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research*, *18*(2), 254–267. <https://doi.org/10.1177/1049732307312393>

Cheyney, M., Everson, C. & Burcher, P. (2014). Homebirth transfers in the United States: Narratives of risk, fear, and mutual accommodation. *Qual Health Res.*, *24*(4), 443–456. [10.1177/1049732314524028](https://doi.org/10.1177/1049732314524028)

Cioran, E.M. (1998 [1973]). *Del inconveniente de haber nacido*. Taurus

Clancy, A. & Gürgens, R. (2019). Home as a place for giving birth: a circumpolar study of the experiences of mothers and midwives. *Health Care Women Int.*, *40*(2), 121-137

Clavero, J.A., Escudero, M. & Arsuaga, J.L. (03 diciembre 2016). Historia del parto. Sesión Científica Extraordinaria de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid. <https://www.ranm.tv/index.php/video/835/historia-del-parto->

Coe, C.D. (2012). Plato, Maternity, and Power. Can we get a different midwife? En: S. LaChance Adams & C. R. Lundquist (Eds.), *Coming to life. Philosophies of Pregnancy, Childbirth, and Mothering*. (pp. 31-46). Fordham University Press

Código Sanitario. Decreto 725. Ministerio de Salud. 31 de enero 1969 [Última modificación 22 de septiembre 2020] (Chile).

Colectivo En/Puja. (2018). Obra de danza contemporánea con perspectiva de género. Vagina. Santiago de Chile. Espacio La Vitrina

Cogburn, M.D. (2020). Homebirth fines and health cards in rural Tanzania: On the push for numbers in maternal health. *Social Science & Medicine*, 254. 10.1016/j.socscimed.2019.112508

Collaço, V., Santos, E., Souza, K., Alves, H., Zampieri, M. & Gregório, V. (2017). The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the hanami team. *Text Context Nursing*, 26(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>

Cominsky, S. (1977). Part four: Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca. *Medical Anthropology*, 3(1), 69-104. 10.1080/01459740.1977.9965825

Comte, A. (1999 [1844]). *Discurso sobre el espíritu positivo. Discurso preliminar del tratado filosófico de astronomía popular*. Editorial Biblioteca Nueva

Contreras, N. & Fernández, C.S. (2017). *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado*. Pensamiento y Batalla

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer [CEDAW]. (28 de febrero 2020). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respect de la comunicación núm. 138/2018. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/cedaw-c-75-d-138-2018_spanish.pdf

Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales [CEDH]. (1950). Artículo 8. Derecho al respeto a la vida privada y familiar. <https://www.derechoshumanos.net/Convenio-Europeo-de-Derechos-Humanos-CEDH/articulo8CEDH.htm>

Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales

[CEDH]. (1950). Artículo 13. Derecho a un recurso efectivo. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2003/2367.pdf>

Cooper, H. (1984). *The Integrative Research Review: A Systematic Approach*. Sage Publications.

Cruz Cruz, J. (2017). *La naturaleza y las causas, de Juan de Santo Tomás. Introducción y traducción de Juan Cruz Cruz*. Editorial Síntesis

Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B. & Spong, C. (2018). *Williams Obstetrics 25ed*. McGraw-Hill Education

Da Rocha, R., Franco, S.C. & Baldin, N. (2011). El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Rev Bras Anesthesiol*, 61(3), 204-210. http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf

Dahlen, H. (2006). Midwifery: “At the edge of history”. *Women Birth*, 19(1), 3-10. 10.1016/j.wombi.2006.01.002

Davis-Floyd, R. (1992). The Technocratic Body and the Organic Body: Cultural Models for Women’s Birth Choices. In D.J Hess & L.L Layne (Ed.), *The Anthropology of Science and Technology. A special issue of Knowledge and Society, Volume 9*. (pp. 59-93). JAI Press.

Davis-Floyd, R. (1994). The rituals of American Hospital Birth. In D. McCurdy, *Conformity and conflict: readings in Cultural Anthropology*. (pp. 323-340). Harper Collins.

Davis-Floyd, R. (2000). Mutual Accommodation or Biomedical Hegemony? Anthropological Perspectives on Global Issues in Midwifery. *Midwifery Today International Midwife, Spring, 53*, 12-16. http://www.davis-floyd.com/art_index.html.

Davis-Floyd, R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal Gynaecology Obstetrical*, 75(1), 5-23. <http://www.davis->

floyd.com/art_index.html

Davis-Floyd, R. (2004). *Birth as an American Rite of Passage, 2nd edition*. University of California Press

Davis-Floyd, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Fundación Creavida

Davis-Floyd, R. (05 diciembre 2017). Ponencia “Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina”. https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/05_TRES_PARADIGMAS.pdf

Davis-Tuck, M., Wallace, E., Davey, M.A., Veitch, V. & Oats, J. (2018). Planned private homebirth in Victoria 2000-2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Pregnancy Childbirth, 18*(1), 357-364

de Aquino, Santo Tomás (2006 [1265-1274]). *Suma de Teología I, parte I*. Biblioteca Autores Cristianos

De Azcárate, P. (1872). *Platón, obras completas. Tomo VII*. Medina y Navarro Editores

De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe*. Gallimard

De Castro, C. (2015). Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. *Cadernos Saúde Coletiva, 23*(1), 69–75. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010012>

De Elejalde, R. & Giolito, E. (07 abril 2019a). Altas tasas de Cesáreas en Clínicas Privadas: ¿una relación causal? Facultad de Economía y Negocios. Universidad Alberto Hurtado. <https://fen.uahurtado.cl/2019/noticias/altas-tasas-de-cesareas-en-clinicas-privadas-una-relacion-causal/>

De Elejalde, R. & Giolito, E. (10 mayo 2019b). More Hospital Choices, More C-Sections: Evidence from Chile. IZA Discussion Papers 12297, Institute of Labor Economics (IZA). <http://ftp.iza.org/dp12297.pdf>

De Jonge, A., Van Der Goes, B.Y., Ravelli, A. C. J., Amelink-Verburg, M. P., Mol, B. W., Nijhuis, J. G. & Buitendijk, S. E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low risk planned home and hospital births. *BJOG*, 116(9), 1177–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x>

De Jonge, A., Geerts, C.C., Van der Goes, B.Y., Mol, B.W., Buitendijk, S.E. & Nijhuis, J.G. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743.070 low risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*, 122, 720-8

De Miguel, J.M. (1980). Introducción al campo de la antropología médica. En M. Kenny & J.M. De Miguel (Eds.), *La Antropología Médica en España*. (pp. 11-40). Anagrama

De Sousa Santos, B. (2012). *De las dualidades a las ecologías. Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía REMTE*. <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/cuaderno%2018.pdf>

Delgado, C., Sampalo, I. & Barros, M. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Escola Anna Nery*, 11(1), 98–104. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12771_5305014

Denzin, N. & Lincoln, Y. (2012). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa. Vol. I*. Gedisa

Departamento de Estadísticas e Información en Salud [DEIS]. (12 diciembre 2020). Estadísticas de egresos hospitalarios a nivel país, según diagnóstico principal de hospitalización, sexo, grupo etario y previsión y año: Parto único por cesárea. <https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F>

23138671-c0be-479a-8e9d-52850e584251§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContentBar=false&sas-welcome=false

Descartes, R. (2007 [1637]). *Discurso del método*. Akal

Descartes, R. (1638). *Carta de Descartes al padre Vatier de 22 de febrero de 1638, AT I, 560*.

Di Leonardo, M. (1991). *Gender at the Crossroads of Knowledge. Feminist Anthropology in the Postmodern Era*. University of California Press

Diario La Ley, Nº 9643, Sección Jurisprudencia. (01 de junio de 2020). Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, Sala de lo Contencioso- administrativo, Sección 1ª, Sentencia 84/2020 de 11 febrero 2020, Rec. 324/2019. WoltersKluwer.

<https://diariolaley.laleynext.es/content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEAMtMSbH1CjUwMDAzMzA0NbNUK0stKs7Mz7Mty0xPzStJBfEz0ypd8pNDKgtSbdMSc4pT1RKTivNzSktSQ4sybUOKSIMBal-rWkUAAAA=WKE>

Díaz-Andreu, M. (2005). Género y arqueología: Una nueva síntesis. En M. Sánchez-Romero (Ed.), *Arqueología y Género*. (pp. 19-51). Universidad de Granada.

División de Población de Naciones Unidas. (2009). *Perspectivas de la población mundial: Revisión 2008. [Información actualizada al 2019]*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.FE.ZS?locations=1W>

Dorlin, E. (2020 [2006]). *La matriz de la raza. Genealogía sexual y colonial*. Txalaparta

Driéguez, C., López, E., Avilés, Z. & Conesa, M. (2018). Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 77-91

Ehrenreich, B. & English, D. (2014 [1973]). *Brujas, parteras y enfermeras*. Cooperativa El Rebozo

Ehrenreich, B. & English, D. (2010 [1989]). *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a mujeres*. Capitán Swing Libros

Elder, H., Alio, A. & Fisher, S. (2016). Investigating the debate of home birth safety: a critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. *Japan J Nurs Sci*, 13(3), 297-308

Engels, F. (1845). *The conditions of the Working Class in England*. Otto Wigand

Esteban, M.L. (2001). *Re-producción del cuerpo femenino: discursos y prácticas acerca de la salud*. S.A. Tercera Prensa

Esteban, M.L. (2004). *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Bellaterra

Esteban, M.L. (2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73120102.pdf>

Esteban, M.L. (2007). Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud. En M.L. Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. (pp. 69-88). OSALDE (Asociación por el derecho a la salud)

Esteban, M.L., Comelles, J.M. & Díez Mintegui, C. (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Bellaterra

Ettinger, B.L. (2006). *The Matrixial Borderspace*. University of Minnesota Press

European Court of Human Right. (2010). Case of Ternovszky v. Hungary.

[https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22dmdocnumber%22:\[%22878621%22\],%22itemid%22:\[%22001-102254%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22dmdocnumber%22:[%22878621%22],%22itemid%22:[%22001-102254%22]})

European Court of Human Right. (2016). Case of Dubská and Krejzová v. The Czech Republic. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-148632%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-148632%22]})

European Court of Human Right. (2018). Pojatina v. Croatia. Recuperado de: <https://laweuro.com/?p=5202>

Fage-Butler, A.M. (2017). Risk resistance: constructing home birth as morally responsible on an online discussion group. *Health Risk and Society*, 19(3-4), 130-44.

Fals Borda, O. (2009). *Una sociología sentipensante para América Latina*. Clacso y Siglo del Hombre Editores.

Federici, S. (2017). *Calibán y la bruja*. Traficantes de Sueños

Feeley, C. & Thomson, G. (2016). Why do some women choose to free- birth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 59– 70. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>

Fernández, A.J. (2008). El primer Positivismo. Algunas consideraciones sobre el pensamiento social en Saint Simon y Comte. *Conflicto Social*, 1(0), 25-40. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigguaba/20140715044732/fernandez01.pdf>

Fernández-Sánchez, H., King, K., & Enríquez-Hernández, C.B. (2020). Revisiones Sistemáticas Exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento. *Enfermería Universitaria*, 17(1), 87-94. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.697>

Fernández, M. I. (2017). Impacto económico del parto en casa vs. parto en el hospital. *Metas De Enfermería*, 20(7), 68–74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6082133>

Ferreira, H., Rubio, M.A., Herdy, V. & Pereira, D. (2018). Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option. *Rev Fun Care Online*, 10(4), 1118-1122

Fielding, H. (2017). A feminist phenomenology manifesto. In: H Fielding. & Olkowski, D. (Eds.), *Feminist Phenomenology Futures*. (pp.9-10). Indiana University Press

Foucault, M. (1970). *Arqueología del saber*. Siglo XXI

Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Siglo veintiuno editores

Foucault, M. (2008). *Defender la sociedad*. Fondo de Cultura Económica

Frank, T.C. & Pelloso, S.M. (2013). The perception of professionals regarding planned home birth. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 34(1), 22–29. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100003>

Freire, P. (2012). *La pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.

Friedan, B. (2016 [1963]). *La mística de la feminidad*. Cátedra

Fuentes-Pedroso, J.F. (2012). *Antología. Historia de la filosofía. Tomo VI. Filosofía Contemporánea*. Editorial Félix Varela

Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica Chile [OVO Chile]. (2018). Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile. <https://ovochile.cl/descarga-resultados-primer-encuesta-sobre-el-nacimiento-en-chile/>

Gilson, E. (1965). *El ser y la esencia*. Ediciones Desclée, De Brouwer

Goberna-Tricas, J. (2009). Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació

asistencial en embarás i naixement. (Tesis para optar al grado de doctor). Universidad de Barcelona. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/1762#page=1>

Goberna-Tricas, J. & Boladeras, M. (2019). *El concepto violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Tecnos

Goltsmith, M. (1992). Antropología de la mujer: ¿antropología de género o antropología feminista?. *Debate feminista*, 6, 341- 346. 10.22201/cieg.25940xe.1992.6.1628

González, A. & Ayán, X. (2018). *Arqueología. Una introducción al estudio de la materialidad del pasado*. Alianza Editorial.

González Von Kunowsky, S. (07 diciembre 2018). Al otro lado de la piel. Exposición fotográfica partos respetados. Santiago de Chile. Biblioteca de Santiago

González, C., Castillo, C. & Matute, I. (Eds). (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2*. Universidad del Desarrollo

Gottfredsdottir, H., Magnúsdóttir, H. & Hálfhánsdóttir, B. (2015). Home birth constructed as a safe choice in Iceland: a content analysis on Icelandic media. *Sex Reprod Healthc.*, 6(3), 138-144.

Grant, M. & Brooth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26, 91-108. 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.

Grünebaum, A., McCullough, L., Arabin, B., Dudenhausen, J., Orosz, B. & Chervenak, F. (2017). Underlying causes of neonatal deaths in term singleton pregnancies: home births versus hospital births in the United States. *J Perinat Med.*, 45(3), 349-357.

Gurara, M., Muyldermans, K., Jacquemyn, Y., Van geertruyden, J.P. & Draulans, V. (2020). Traditional birth attendants' roles and homebirth choices in Ethiopia: A qualitative

study. *Women Birth*, 33(5), e464–e472. 10.1016/j.wombi.2019.09.004

Halfdansdottir, B., Smarason, A., Olafsdottir, O., Hildingsson, I. & Sveinsdottir, H. (2015). Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth*, 42(1), 16-26.

Halfdansdottir, B., Hildingsson, I., Smarason, A., Sveinsdottir, H. & Olafsdottir, O. (2018). Contraindications in planned home birth in Iceland: a retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc.*, 15, 10-7.

Handelzalts, J., Zacks, A. & Levy, S. (2016). The association of birth model with resilience variables and birth experience: Home versus hospital birth. *Midwifery*, 36, 80-56.

Haraway, D. (1984). *Manifiesto cyborgs: El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito cerrado*.
https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/ciborg.pdf

Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra, Universitat de València, Instituto de la Mujer

Harding, S. (1987). Is there a Feminist Method? In S. Harding, *Feminism and Methodology. Social Science Issues*. (pp.1-14). Indiana University Press

Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Morata

Hernández, J.M. & Echevarría, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y tradiciones populares*, 69(2), 327-348. 10.3989/rdtp.2014.02.004

Hernández, J.M. & Echevarría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático. *RIS*, 74(1), e025. 10.3989/ris.2016.74.1.025

Herrero-Corral, A. (2013). Sobre la infancia en la prehistoria: un análisis de las sociedades del interior peninsular entre el VI y III milenio a.C. *El futuro del pasado*, 4, 69-86. <http://dx.doi.org/10.14516/fdp>

Hermus, M.A.A., Hitzert, M., Boesveld, I.C., Van den Akker-Van Marle, E., Van Dommelen, P., Franx, A., P de Graaf, J., Van Lith, J., Luurssen-Masurel, N., Steegers, E., Wiegers, T. & Van der Pal-de Bruin, K. (2017). Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study. *BMJ Open*, 7(11), e016958. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016958>

Holten, L. & Miranda, E. (2016). Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: an exploration of the literature on «birthing outside the system. *Midwifery*, 38, 55-62

Hume, D. (2001 [1738]). *Tratado de la naturaleza humana. Ensayo para introducir el método del razonamiento experimental en los asuntos morales*. Libros en la red

Hutton, E., Cappelletti, A., Reitsma, A., Simioni, J., Horne, J., McGregor, C. & Ahmed, R. (2016). Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*. 188(5), 80-90.

Hutton, E., Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G. & Kaufman, K. (2019). Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic re- view and meta- analyses. *E Clinical Medicine*, 14, 59–70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>

Illich, I. (1975). *Nemesis médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores

Instituto Nacional de Derechos Humanos [INE]. (2016). Informe anual Situación de los Derechos Humanos en Chile. Santiago de Chile. <https://www.indh.cl/bb/wp->

content/uploads/2017/01/Informe-Anual-INDH-2016.pdf

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (03 diciembre 2017). Anuario de estadísticas Vitales. Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_6

Irigaray, L. (1981). *Le corps-à-corps avec la mère*. Pleine lune.

Jackson, D., Méndez, C. & De Souza P. (2004). Poblamiento Paleoindio en el norte-centro de Chile: Evidencias, problemas y perspectivas de estudio. *Complutum*, 15, 165-176. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/1222105>.

Jaggar, A.M. (2014). *Ética feminista*. Universidad nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género. <https://www.elsevier.es/es-revista-debate-feminista-378-pdf-S0188947816300020>

Janssen, P.A., Lee, S.K., Ryan, E.M., Etches, D.J., Farquharson, D.F., Peacock, D. & Klein, M.C. (2002). Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, 166(3), 315–323.

Janssen, P.A., Hernderson, A.D. & Vedam, S. (2009). The experience of planned home birth: Views of the first 500 women. *Birth*, 36(4), 297–304. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00357.x>

Jantzen, G. (2004). *Foundations of Violence*. Routledge.

Jardim, D. & Modena, C. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am enfermagem*, 26, e3069. 10.1590/1518- 8345.2450.3069

Jeffery, P., Jeffery, R. & Lyon, A. (1989). *Labour pains and labour power: women and childbearing in India*. London Zed books

Jensen, S., Colmorn, L.B., Schroll, A.M. & Krebs, L. (2017). Quality assessment of home births in Denmark. *Dan Med J.*, 64(5), 5367A.

Jiménez-Perona, A. (1995). Igualdad. En: C. Amorós (Dir.), *10 Palabras clave sobre mujer*. (pp. 119-150). Editorial Verbo Divino

Jiménez-Serrano, A. (2002). Las enfermedades y dolencias en el antiguo Egipto: El parto y los recién nacidos. *Seminario médico*, 54(1), 19-24.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1201894>

Jordan, B. (1980 [1978]). *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden and the United State*. Eden Press Women's Publications

Jouhki, M.R. (2012). Choosing homebirth-The women's perspective. *Women Birth*,25(4),56–61. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.10.002>

Jouhki, M. R., Suominen, T. & Astedt-Kurki, P. (2017). Giving birth on our own terms Women's experience of childbirth at home. *Midwifery*, 53, 35–41.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008>

Kant, I. (2008 [1785]). *La Metafísica de las Costumbres*. Tecnos

Kanter, R. M. (1977). *Men and Women of the Corporation*. Basic Books.

Kaufman, J.S. & Mezones-Holguín, E. (2013). Una epidemiología social para América Latina: Una necesidad más allá de la reflexión sobre las inequidades en salud. *Rev Peru med Exp Salud Publica*, 30(4), 543-560.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400001

Keedle, H., Schmied, V., Burns, E. & Dahlen, H.G. (2015). Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 206. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0639-4>

Kennare, R.M, Keirse, M.J., Tucker, G.R. & Chan, A.C. (2010). Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust.*, 192(2), 76-80

Kitzinger, S. (1978). *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures*. Vintage Books

Kitzinger, S. (1981). *Birth at home*. Penguin Books.

LaChance Adams, S. & Lundquist, C.R. (Eds.). (2012). *Coming to life. Philosophies of Pregnancy, Childbirth, and Mothering*. Fordham University Press

Laderman, C. (1983). *Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*. University of California Press

Laza, C. (2011). ¿Cuál y por qué es la mejor experiencia para la mujer: la atención del parto normal en el hogar o en el hospital? *Evidentia: Revista De Enfermería Basada En La Evidencia*, 8(34),11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4661392>

Laza, C. (2015). Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas Rurales por la partera tradicional. *Revista Cubana De Salud Pública*, 41(3), 487-496. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300008

Le Breton, D. (1998). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Ediciones Nueva visión.

Lee, S., Ayers, S. & Holden, D. (2016a). Risk perception and choice of place of birth in women with high-risk pregnancies: A qualitative study. *Midwifery*, 38, 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.008>

Lee, S., Ayers, S. & Holden, D. (2016b). Decision-making regarding place of birth in high-risk pregnancy: a qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 37(2), 44-50

Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L. & Bolcatto, S. (2007). Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. *Revista Cátedra Paralela*, 4, 33-39. <http://catedraparalela.com.ar/revistasoficial/revista4/trayectorias.pdf>

Lerner, G. (2017). *La creación del patriarcado*. Katakarak.

Lessa, H., Rubio, M., Herdy, V. & Pereira, D. (2014a). Information for the option of plannedhome birth: Women s right to choose. *Text Context Nursing*, 23(3), 665–672. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000930013>

Lessa, H., Tyrell, R., Alves, V. & Rodrigues, D. (2014b). Social Relations and the option for Planned Home Birth: An Institutional Ethnographic study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 239–249. <http://www.objnursing.u.br/index.php/nursing/article/view/4163>

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Capítulo III, art. 15, no 13. Publicada el 17 de septiembre del 2007. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

Li, Y., Townend, J., Rowe, R., Brocklehurst, P., Knight, M., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Newburn, M., Marlow, N., Pasupathy, D., Redshaw, M., Sandall, J., Silvertown, L. & Hollowell, J. (2015). Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at «higher risk» of complications: secondary analysis of the Birthplace National Prospective Cohort Study. *BJOG*, 122(5), 741-53.

Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Rev. Méd. Rosario*, 79, 136- 141. <http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/344befLiborio%20Salud%20Colectiva%20RMR%202013.pdf>

Licqurish, S. & Evans, A. (2016). «Risk or right»: a discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements. *Nursing Inquiry*, 23(1), 86-94.

Lindgren, H. & Erlandsson, K. (2010). Women's experiences of empowerment in a planned home birth: A Swedish population-based study. *Birth*, 37(4), 309–317.10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x

Lindgren, H., Nässén, K. & Lundgren, I. (2017). Taking the matter into one's own hands—Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 31-35. 10.1016/j.srhc.2016.09.005

Lock, M. (2001). The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(4), 478-492. 10.2307/649671

Lothian, J.A. (2010). How do women who plan home birth prepare for childbirth? *The Journal of Perinatal Education*, 19(3), 62–67. <https://doi.org/10.1624/105812410X514459>

Louse, C. (2017). «Where do you want to have your baby? ». Women's narratives of how they chose their birthplace. *Br J Midwifery*, 25(2), 94-102

Magnone, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 12(5), 79-92. <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/viewArticle/244>

Márquez, Y. (2019). Parto en casa contemporáneo en Santiago de Chile. Percepciones, conocimientos y saberes que se dan en el parto en casa según las mujeres y matronas. [Tesis de magister, Universidad Academia de Humanismo Cristiano]. Biblioteca digital Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Martín, A. (2008). *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*.

Ediciones Cátedra. Universitat de València. Instituto de la Mujer.

Martínez, E., Manrique, J., García, M.A., Martínez, P., Macarro, D. & Figuerol, M.I. (2016). Parto en casa versus parto hospitalario. *Metas De Enfermería*, 19(6). 50–59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5566557>

Martínez-Hernández, A. (1996). Antropología de la salud. Una aproximación genealógica. En J. Prat & A. Martínez (Eds.), *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. (pp. 369-381). Editorial Ariel, S.A.

Martínez-Hernández, A. (2007). Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico. En M.L. Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. (pp. 11-43). OSALDE (Asociación por el derecho a la salud)

Matão, M.E., Miranda, D.B., Costa, B.P. & Borges, T.P. (2016). A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? *Revista De Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(2), 2147–2155. <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.983>

Mateos, A. (Ed.). (2010). *Maternidad y parto. Nuestras ancestras y nosotras*. Centro Nacional de Investigación sobre la Evolución Humana.

McClain, C. (1975). Ethno-obstetrics in Ajijic. *Medical Anthropology Quarterly*, 48(1), 38-56. 10.2307/3316856.

McLachlan, H., McKay, H., Powell, R., Small, R., Davey, M.A., Cullinane F., Newton, M. & Forster, D. (2016). Publicly funded home birth in Victoria, Australia: exploring the views and experiences of midwives and doctors. *Midwifery*, 35, 24-30.

Mead, M. (1935). *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. Routledge & Sons.

Mead, M. & Newton, N. (1967). Cultural and Patterning of Perinatal Behavior. En S.A.

Richardson & A.F. Guttmacher Childbearing. (Eds.), *It's Social and Psychological Aspects*. (pp.142-244). Williams and Wilkins

Medeiros, R., Santos, I. & Silva, L. (2008). A escolha pelo parto domicil- iary: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Escola Anna Nery*,12(4), 765–772. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400022>

Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, 24(96), 593-604. <http://links.jstor.org/sici?sici=0046001X%28198501%2F03%2924%3A96%3C593%3A E MMDYL%3E2.0.CO%3B2-2>

Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 51, 17-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

Meroz, M.R. & Gesser-Edelsburg, A. (2015). Institutional and cultural perspectives on homebirth in Israel. *J Perinatal Educ.*, 24(1), 25-36.

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *¿Qué es Chile Crece Contigo?*. <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>

Ministerio de Economía, Fomento y Turismo. (03 diciembre 2020). Zona norte y Desierto de Atacama. <https://chile.travel/donde-ir/norte-desierto-atacama>

Ministerio de Salud. (1997). Programa de Salud de la Mujer. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>

Ministerio de Salud. (2008). Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo.

https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf

Ministerio de Salud. (2017). Ley 21.030. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Publicada el 23 de septiembre de 2017. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>

Ministerio de Salud. (2018a). Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf

Ministerio de Salud. (2018b). Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-.pdf

Mishler, E.G. (1981). Viewpoint: Critical Perspectives on the Biomedical Model. En E.G. Mishler (Ed.), *Social Contexts of Health, Illness and Patient Care*. (pp. 1-23). C.U.P

Montes, M.J. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Moore, H.L. (2009). *Antropología y feminismo*. Ediciones Cátedra. Universitat de València. Instituto de la mujer

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse son imagen et son public*. Presses Universitaires de France

Moshi, F. & Nyamhanga, T. (2017). Understanding the preferences for homebirth: An exploration of key barriers to facility delivery in rural Tanzania. *Reprod Health.*, 14, 132–140. 10.1186/s12978-017-0397-z

Narotzky, S. (1995). *Mujer, Mujeres, Género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas

Navarro, L. (2015). De la history a la herstory: un debate inconcluso. *Historia y Sociedad*, 29, 99-119. 10.15446/hys.n29.50469

Ngozi Adichie, Ch. (2018). *El peligro de la historia única*. Literatura Random House

O'Brien, B.C., Harris, I.B., Beckman, T.J., Reed, D.A. & Cook, D.A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*, 89(9), 1245-1251.

Oakley, A. (1980). *Women confined. Towards a sociology of childbirth*. Robertson

Odent, M. (2013). *Childbirth and the future of Homo Sapiens*. Pinter & Martin Ltd

Odent, M. (2014). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Ob stare

Olsen, O. & Clausen, J.A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1–26, Art. No., CD000352. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>

Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto*. Estudio Ediciones B

Olza, I. (25 julio 2019). Traslado forzoso de parturienta al hospital: reflexiones a propósito de un caso. <https://iboneolza.org/2019/07/25/traslado-forzoso-de-parturienta-al-hospital-reflexiones-a-proposito-de-un-caso/>

Olza, I. (14 abril 2020). Conferencia virtual “Parir en tiempos de pandemia de coronavirus”. <https://vimeo.com/407566671>

Ollino Gutiérrez, R. (2017). *Partería Urbana. La emancipación del niño shamán*. Pequeña

editorial Niño Shamán

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). Tecnología apropiada para el parto. (Traducción propia). *Lancet*, 2, 436–437. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización de las Naciones Unidas (ONU) Asamblea General. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud productiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. <http://undocs.org/es/A/74/137para renacer juntas>.

Organización Nacer en Libertad. (2014). *Memorias de parto. Relatos de mujeres*. Editorial Quimantú

Ortega-Barreda, E., Carós-Ventura, L.M., Clemente-Concepción, J.A., Rojas- Linares, C. &

Pérez-González, A.M. (2017). Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. *ENE Revista de Enfermería*, 11(1). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100005

Ortega, E. (03 marzo 2020). Atacama no es un desierto cualquiera. https://viajes.nationalgeographic.com.es/a/atacama-no-es-desierto-mas_15111/1

Osborne, R. (2002). *La construcción sexual de la realidad. Un debate en la sociología contemporánea de la mujer*. Ediciones Cátedra

Ovaskainen, K., Ojala, R., Tihtonen, K., Gissler, M., Luukkaala, T. & Tammela, O. (2019). Planned home deliveries in Finland, 1996-2013. *J Perinatol*, 39(2), 220-8.

Oyèwùmí, O. (2016). *What gender is motherhood? Changing Yorùbá ideals of power, procreation, and identity in the age of modernity*. Palgrave Macmillan

Oyèwùmí, O. (2017). *La invención de las mujeres. Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género*. Editorial en la frontera

Ozimek, J.A. & Kilpatrick, S. (2018). Maternal Mortality in the Twenty-First Century. *Obstet Gynecol Clin North Am.*, 45(2), 175–186. 10.1016/j.ogc.2018.01.004

Parir en libertad. (08 diciembre 2019). Oviedo. <https://www.parirenlibertad.org/caso-oviedo?lang=es>

Pieper, J. (2012). Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y programas de planificación familiar en Chile. En M.S. Zárata (Comp.), *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*. (pp.189-228). Ediciones Universidad Alberto Hurtado

Piperberg, M. (2016). Modelos de relación asistencial: vulnerabilidad y autonomía. En M. Boladeras & J. Goberna (Coords.), *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*. (pp. 101-111). Universidad de Barcelona Ediciones

Platón. (2014 [369-362 a.C.]). *Teeteto*. Introducción, traducción, notas y edición de Serafín Vegas González. Biblioteca Nueva

Pucciarelli, H. (2009). Explicando el paleoamericano y su probable extinción, a través de inferencias comparativas y experimentales. *RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, 30(1), 9-27. <https://doi.org/10.34096/runa.v30i1.847>

Puleo, A. (1995). Patriarcado. En C. Amorós (Dir.), *10 Palabras clave sobre mujer*. (pp. 21-54). Editorial Verbo Divino

Rainey, E., Simonsen, S., Stanford, J., Shoaf, K. & Baayd, J. (2017). Utah obstetrician s opinions of planned home birth and conflicting NICE/ ACOG guidelines: A qualitative study. *Birth*, 44(2), 137–144. <https://doi.org/10.1111/birt.12276>

Ramírez, C. (2015). Parto en casa planificado con asistencia profesional: recuperando el protagonismo. [Tesis para optar al título de Antropología Social, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile

Reale, G. & Antiseri, D. (2010a). *Historia de la filosofía. I. De la Antigüedad a la Edad Media. 1. Filosofía antigua-pagana*. Herder Editorial

Reale, G. & Antiseri, D. (2010b). *Historia de la filosofía. I. De la Antigüedad a la Edad Media. 2. Patrística y Escolástica*. Herder Editorial

Reischmann, P., Risi, C. & Serrano, N. (2015). Evaluación de la atención del parto en casa planificado con asistencia profesional, durante los años 2003-2014 en la región de Valparaíso y Metropolitana de Chile. [Tesis para optar al grado de licenciadas en Obstetricia y Puericultura]. Universidad de Santiago de Chile

Reiter, R.R. (Ed.). (1975). *Toward an anthropology of women*. Monthly Reviews Press

Reiter, R.R. (1979). Anthropology Review Essay. *Signs*, 4(3), 497-514.
<https://www.jstor.org/stable/3173397>

Reiter, R.R. (2000) *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. Routledge

Rigg, E., Schmied, V., Peters, K. & Dahlen, H.G. (2017). Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1281-0>

Rivers, W. (1924). *Medicine, Magic, and Religion*. Kegan Paul Trench, and Trubner

Roberts, C., Zuell, C., Landmann, J. & Wang, Y. (2010). Modality analysis: A semantic grammar for imputations of intentionality in texts. *Quality and Quantity*, 44, 239–257.
<https://doi.org/10.1007/s11135-008-9194-7>

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>

Rodrigáñez, C. (2006). El matricidio. *Ca la Dona*, 51, 20-21.
https://issuu.com/caladona/docs/caladona_51_definitiu

Rodrigáñez, C. (2014). *Pariremos con placer*. Cauac editorial nativa.

Rich, A. (2019 [1976]). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de sueño.

Rodríguez-Donís, M. (2011). La naturaleza humana en Aristóteles. *Fragmentos de filosofía*, 9, 119-146. <https://idus.us.es/handle/11441/28786>

Rosaldo, M.Z. (1980). *Knowledge and Passion: Ilongot notions of self and social life*. Cambridge University Press

Rossi, A.C. & Prefumo, F. (2018). Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: a systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 222, 102-8.

Rousseau, J.J. (1980 [1762]). *Emilio o De la Educación*. EDAF, Ediciones-Distribuciones, S.A

Ruiz, C. (2013). *El parto sin dolor*. Ediciones Almacigo.

Sadler, M. (2016). Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, 33(1), 45-57. 10.5354/0719- 1472.2016.43388

Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva-Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P. & Clausen, J.A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*, 24(47), 47-55. 10.1016/j.rhm.2016.04.002

Sadler, M., Leiva, G. & Olza, I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). 10.1080/26410397.2020.1785379

Salazar, A. (2012). El oficio de la púñeñelchefe: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil. [Tesis de magister, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile

Samaranch-Kirner, F. (1995). Protágoras y el enunciado del ‘Hombre medida’. *Éndoxa: Series Filosóficas*. 5, 145-169. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Endoxa-19957FFE761E-D6C9-57E1-C688-4C177A497B04&dsID=protogoras_enunciado.pdf

Sanahuja Yll, M.E. (2007). *La cotidianidad en la prehistoria. La vida y su sostenimiento*. Icaria

Sánchez-Rivera. M. (2016). Construcción social de la maternidad: El papel de las mujeres

en la sociedad. *Opción*, 32(13): 921–953.
<https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483044.pdf>

Sanfelice, C.F.O. & Shimo, A.K.K. (2015a). Home birth: Understanding the reasons for this choice. *Text Context Nursing*, 24(3), 875–882. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002850014>

Sanfelice, C.F.O. & Shimo, A.K.K. (2015b). Representações sociais sobre o parto domiciliar. *Escola Anna Nery*, 19(4), 606–613. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150081>

Sanfelice, C.F.O. & Shimo, A.K.K. (2016). Good practices in home births: Perspectives of women who experimented birth at home. *Revista Eletronica De Enfermagem*, 18, 1–10. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.31494>

Santibáñez, L. (26 de agosto de 2017). Ley Trinidad: exigen proyecto que promueva el parto humanizado y regule los derechos del nacimiento. Diario virtual El Mostrador. <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/08/26/ley-trinidad-exigen-proyecto-que-promueva-el-parto-humanizado-y-regule-los-derechos-del-nacimiento/>

Sartre, J.P. (2007 [1946]). *El existencialismo es un humanismo*. Edhasa

Sau, V. (1994). La maternidad: una impostura. m= f (P). *DUODA. Revista d'Estudis Feministes*, 6, 97-113. <https://raco.cat/index.php/DUODA/article/view/59952/89280>

Scarf, V., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C. & Homer, C. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240-255. [10.1016/j.midw.2018.03.024](https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024)

Schmid, V. (2016). *El dolor del parto*. Ob Stare.

Schott, R.M. (Ed.). (2010). *Birth, Death, and Femininity. Philosophies of Embodiment*. Indiana University Press.

Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 265-302). Universidad Nacional Autónoma de México. PUEG

Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Editorial Ariel S.A

Sialubanje, C., Massar, K., Hamer, D. H. & Ruiters, R.A.C. (2015). Reasons for birth and use of traditional birth attendants in rural Zambia: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 216–227. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0652-7>

Sigerist, H.E. (1951). *A History of Medicine: Vol. 1 Primitive and Archaic Medicine*. Oxford University Press

Silveira, I. S., Monticelli, M., & Knobel, R. (2013a). Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery*, 17(2), 298– 305. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200014>

Silveira, I. S., Monticelli, M., Eggert, A., & Kotzias, E. (2013b). Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 66(6), 879–886. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600011>

Slome Cohain, J. (2018). What can we learn from Agnes Gereb? *Midwifery Today*, 127(59). https://www.researchgate.net/publication/325257380_What_can_we_learn_from_Agnes_Gereb

Sluijs, A.M., Cleiren, M.P., Scherjon, S.A. & Wijma, K. (2015). Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home- or hospital birth? *Midwifery*, 31(12), 1143-1148

Snowden, A., Martin, C., Jomeen, J. & Hollins-Martin, C. (2011). Concurrent analysis of choice and control in childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11, 40. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-40>

Snowden, J., Tilden, E., Snyder, J., Quigley, B., Caughey, A. & Cheng, Y. (2015). Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med.*,373(27), 2642-2653

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC]. (2010). Returning Birth to Aboriginal, Rural and Remote Communities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(12), 1186–1188. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34744-2](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34744-2)

Sorano de Éfeso. (1956). *Gynecology* (O. Temkin, Trad.). Baltimore, Hopkins Press. (Obra original publicada aproximadamente entre 98–138 D.C).

Spinoza, B. (1980). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Editorial Nacional

Spivak, G. (1987). *In other worlds: Essays in Cultural Politics*. Methuen

Stern, B.J. (1927). *Social factors in medicine progress*. Columbia University Press

Stern, B.J. (1941). *Society and medical progress*. Mc Grath

Stolcke, V. (1996). Antropología del género. El cómo y el por qué de las mujeres. En J. Prat & A. Martínez (Ed.), *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. (pp. 335-344). Editorial Ariel, S.A.

Stolcke, V. (2010). Antropología médica: ¿biología y/o cultura? En M.L. Esteban, J.M. Comelles & C. Diez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención*. (pp. 9- 22).

Ediciones Bellaterra

Stoll, K.H., Hauck, Y.L. & Hall, W.A. (2016). Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. *Women Birth*, 29(1), 33-38

Stoller, N. (1974). *Forced Labor: Maternity Care in the United States*. Pergamon studies in critical sociology

Stone, A. (2019). *Being Born. Birth and Philosophy*. Oxford University Press

Sydenstricker, E. (1933). *Health and Environment*. Mc Graw-Hill

Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.

Titaley, C. R., Hunter, C. L., Dibley, M. J. & Heywood, P. (2010). Why do some women still prefer traditional birth attendants and birth? a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-43>

Tommasi, W. (2002). *Filósofos y mujeres. La diferencia sexual en la Historia de la Filosofía*. Narcea, S.A de Ediciones

Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S. & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12, 181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>

Tylor, E.B. (1871). *Primitive culture: Research into the development of mythology. Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom*. John Murray

Valcárcel, A. (1994). *Sexo y filosofía. Sobre “mujer” y “poder”*. Anthropos.

Valcárcel, A. (26 julio 2014). Conferencia Sexo y filosofía, sobre la mujer y poder. <https://www.youtube.com/watch?v=SQfAf-GNkLQ>

Van der Kooy, J., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E.A.P. & Bonse, G.J. (2017). Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and perinatal mortality rates, an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 177.

Vanoyeke, V. (2008). *Más allá del Egipto Faraónico. Los verdaderos inventos de los egipcios*. Robin book

Vásquez, M., Mogollón, A., Silva, M., Fernández de Sanmamed, M., Delgado, M. & Vargas, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Editorial Servei.

Vietri, L. & Briz i Godino, I. (2010-2011). Arqueología de las mujeres: ciencia para la acción social. El aporte de María Encarna Sanahuja Yll. *Krei*, 11, 85-107. https://www.researchgate.net/publication/275770417_Arqueologia_de_las_Mujeres_ciencia_para_la_accion_social_El_aporte_de_M_Encarna_Sanahuja_Yll

Viola, F., Bonet de Viola, A. & Espinoza, M. (2020). El racionalismo y la descorporalización moderna del parto: por una ecología del nacimiento. *Salud Colectiva*, 16, e2548. 10.18294/sc.2020.2548

Wallerstein, I. (2005). *Análisis de sistema-mundo. Una introducción*. Siglo XXI

Whittemore, R., Chao, A., Jang, M., Minges, K. E. & Park, C. (2014). Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart and Lung*, 43(5), 453–461. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>

Wood, R., Mignone, J., Heaman, M., Robinson, K. & Roger, K. (2016). Choosing an out-of-hospital birth centre: Exploring women's decision-making experiences. *Midwifery*, 39,

12- 19. 10.1016/j.midw.2016.04.003

Worman-Ross, K. & Mix, T. (2013). I wanted empowerment, healing, and respect: Homebirth as challenge to medical hegemony. *Sociological Spectrum*, 33(5), 453-481. <https://doi.org/10.1080/02732173.2013.818509>

Young, I.M. (2005). *On female body experience. Throwing like a girl and other essays*. Oxford University Press

Zárate, M.S. (2008). *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*. 2ºed. Ediciones Universidad Alberto Hurtado

Zárate, M.S. (2010). Parto, crianza y pobreza en Chile. En R. Sagredo & C. Gazmuri, *Historia de la vida privada en Chile. Tomo III el Chile contemporáneo de 1925 a nuestros días*. (pp.13-47). Taurus

Zeiler, K. & Folkmarson, K. (2014). *Feminist Phenomenology and Medicine*. State University of New York Press

Zerán, F. (Ed.). (2018). *Mayo feminista. La rebelión contra el patriarcado*. LOM

Zubiri, X. (1985). *Sobre la esencia*. Alianza Editorial, S.A

13. ANEXOS DE LA INVESTIGACIÓN

13.1 Guión orientativo de preguntas

Preguntas de investigación		
¿Cuáles son los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno?		
Objetivo general		
Analizar los significados sociales que las mujeres le otorgan al parto en domicilio en el contexto chileno		
Objetivos específicos	Categorías de análisis	Preguntas
<p>1. Identificar las motivaciones previas de las mujeres chilenas que las llevaron a tomar la decisión de parir en domicilio</p>	<p>-Antecedentes previos de parto en domicilio de la entrevistada, de su familia o cercanos.</p> <p>-Información previa o durante la gestación.</p>	<p>- ¿Tienes algún antecedente personal, familiar, de amigas o alguna experiencia cercana de parto en domicilio?</p> <p>- ¿Cómo surge la idea de tener un parto en domicilio?</p> <p>- ¿Cómo fue el proceso de información sobre el tema?</p>
<p>2. Indagar en las experiencias vividas por las mujeres chilenas en torno al parto en domicilio</p>	<p>-Itinerario en la decisión del parto en el domicilio.</p> <p>-Rol del/los/las acompañantes durante el proceso y con la pareja</p>	<p>- Explícame ¿cómo fue el proceso desde que tomaste la decisión hasta llevarlo a cabo?</p> <p>- ¿Recuerdas algún hito que marcó ese proceso?</p> <p>- ¿Quién o quiénes te acompañaron en el proceso?</p>

		- ¿Qué rol tuvo tu pareja en la decisión de parir en domicilio y luego en el parto?
3. Analizar la relación entre los servicios sanitarios y las mujeres chilenas que parieron en domicilio	<p>-Relación con las instituciones y equipo de salud.</p> <p>-Relación con la profesional matrona que colaboró en el parto domiciliar.</p>	<p>- ¿Qué relación tenías con las instituciones y los equipos de salud antes del parto en casa?</p> <p>- ¿Por qué contactaste a un profesional para acompañar tu parto?</p> <p>- ¿Cómo te sentiste con la compañía de la matrona en tu parto en domicilio?</p>
4. Profundizar en las tensiones que rodearon el parto en domicilio de las mujeres chilenas	<p>- Relación con las personas cercanas que no están de acuerdo con el parto en domicilio.</p> <p>-Relación con las emociones (miedo, dolor, alegría)</p>	<p>- ¿Cómo recibió tu entorno la decisión de parir en domicilio?</p> <p>- ¿Cómo manejaste esa situación?</p> <p>- ¿Sentiste la necesidad de no contar la decisión en algún momento?</p> <p>- ¿Cuáles fueron las principales emociones que sentiste durante este proceso?</p>

		<p>- ¿Cómo fuiste manejando esas emociones?</p> <p>-Cuéntame ¿cuál fue la que más te sorprendió?</p>
<p>5. Explorar los posicionamientos políticos de las mujeres chilenas que han parido en domicilio</p>	<p>-Concepción de la maternidad, parto, postparto/lactancia y crianza.</p> <p>-Intersecciones del parto en domicilio.</p> <p>-Percepción de los activismos/colectivos/ movimientos sociales en el mundo y en Chile sobre partos en domicilio</p>	<p>- ¿Cómo ves el proceso de gestar, parir y criar hoy en día?</p> <p>-Explicame ¿cómo se te ha dado el proceso de crianza y lactancia?</p> <p>- ¿Cómo te organizaste en términos económicos y logísticos para parir en domicilio?</p> <p>-En esos mismos términos ¿crees que es muy difícil organizar un parto en domicilio?</p> <p>- ¿Conoces o participas de algún colectivo o movimiento social?</p> <p>- ¿Qué opinión tienes sobre eso?</p> <p>- ¿Qué crees sobre el feminismo, la maternidad y el parto en domicilio?</p>

		- ¿Te gustaría agregar algo que no hayamos comentado antes?
--	--	---

13.2 Aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona



Oficina de Gestió de la Recerca
Pavelló Rosa (recinte Maternitat) primer pis
Travessera de les Corts, 131-159 93-4035398
08028 Barcelona

COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per la Sra. **Pia Rodríguez Garrido**, doctoranda en el departament d'Enfermeria, Salut Pública, Salut Mental i Materno Infantil, de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut i referent a la Tesi intitulada "**FORTALECIMIENTO DE LA MUJER EN LA DECISIÓN DE UN PARTO EN DOMICILIO, CHILE**", dirigida per la **Dra. Josefina Goberna Tricas**, aquesta Comissió, per acord de data **12 de juny de 2018**, va aprovar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 12 de juny de 2018.


Universitat de Barcelona
Comissió de Bioètica

Vist i Plau
El president de la Comissió de
Bioètica de la Universitat de
Barcelona


UNIVERSITAT DE
BARCELONA
Oficina de Gestió de la Recerca
Domènec Espriu Climent

Institutional Review Board (IRB00003099)

13.3 Consentimiento informado

Compromiso Bioético para la realización del proyecto investigativo

Título del estudio: Fortalecimiento de la mujer en la decisión de un parto en casa, Chile.

Doctoranda: Pía Rodríguez Garrido

Programa: Doctorado de Enfermería y Salud

Línea de Investigación: Dimensión del Cuidado, Género, Sociedad y Familia

Departamento: Enfermería, Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona.

-Este estudio se enmarca en un proyecto de tesis doctoral de Pía Rodríguez Garrido, doctoranda de 1º año del programa de Doctorado de Enfermería y Salud de la Universidad de Barcelona, y cuenta con la dirección y tutoría de la Dra. Josefina Goberna Tricas.

-El objetivo de esta investigación es analizar los argumentos de las mujeres chilenas en torno a la decisión de un parto en el domicilio.

-Si usted acepta participar de este estudio, se le pedirá acceder a una entrevista individual en profundidad de manera presencial entre usted y la investigadora. Su duración aproximada será de 1 hora. Los relatos serán grabados en formato de audio para su posterior transcripción y análisis.

-Los datos personales obtenidos en la entrevista serán utilizados única y exclusivamente para fines académicos de esta investigación. Si se considera que algún resultado del proyecto puede agredir a su integridad, debe ser comunicado a la investigadora.

-Adjunto a esta información, se entregará el consentimiento informado.


Pía Rodríguez Garrido
Investigadora de la tesis doctoral


Dra. Josefina Goberna Tricas
Directora y tutora de la investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE (modelo orientativo)

Título del proyecto de investigación: Fortalecimiento de la mujer en la decisión de un parto en domicilio, Chile.

El voluntario tiene que leer y contestar las preguntas siguientes con atención:

(Hay que rodear con un círculo la respuesta que se considere correcta)

¿Ha leído toda la información que le ha sido facilitada sobre este proyecto? SI / NO
¿Ha tenido la oportunidad de preguntar y comentar cuestiones sobre el proyecto? SI / NO
¿Ha recibido la suficiente información sobre este proyecto? SI / NO
¿Ha recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas? SI / NO

¿Qué investigador le ha hablado de este proyecto? (nombre y apellidos).....

¿Ha comprendido que usted es libre de abandonar este proyecto sin que esta decisión pueda ocasionarle ningún perjuicio? SI / NO

En cualquier momento SI / NO
Sin dar ninguna razón SI / NO

¿Ha comprendido los posibles riesgos asociados a su participación en este proyecto? SI / NO

¿Está de acuerdo en participar? SI / NO

¿Recibirá algún tipo de compensación para participar? SI / NO

(Sólo si conviene) Autoriza la participación en el proyecto de la persona de quien usted es responsable? SI / NO

(nombre y apellidos de la persona).....
(otros ítems que deban incluirse según las características del proyecto)

Signatura

Fecha.....

Nombre y apellidos del voluntario:

En el caso que más adelante usted quiera hacer alguna pregunta o comentario sobre este proyecto, o bien si quiere revocar su participación en el mismo, por favor contacte con:

(nombre del investigador) Pia Rodríguez Garrido
(Departamento, Facultad y dirección) Departamento de Enfermería, Salud Pública, Salud Mental y Materno Infantil, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Campus Reixac, Pabellón de Govern, Hospital de Llobregat, Barcelona, España.
E-mail de contacto: pia_r26@hotmail.com
Teléfono/s de contacto: +56983155551

Lugar, fecha y signatura del investigador:.....

Ejemplar para el participante / Ejemplar para el investigador

