

TERESA M^o. MARTÍNEZ MOLLÁ



TESIS
DOCTORAL

Etnografía sobre la
decisión del parto
en el domicilio

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Imprenta Senén
Dep. Legal: V-683-2017
ISBN: 978-84-617-9240-5
CECVN101

**Etnografía sobre la decisión
del parto en el domicilio**
tesis doctoral

Autora

Teresa M^a Martínez Mollá

Director/a

Dr. José Siles González
Dra. M^a del Carmen Solano Ruiz

A Miguelo, Teresa y Ana

Agradecimientos

Quiero agradecer la atención y guía del director y la directora de la tesis que con su dedicación y asesoramiento han hecho posible que este proyecto haya llegado a ser una realidad.

A mis compañeras Marta Sánchez y Gemma Méndez, por el apoyo, los ánimos y el trabajo realizado. Su ayuda ha sido inestimable y estoy segura de que juntas podremos seguir estudiando y apoyando el parto en casa.

También quiero mostrar mi agradecimiento a estas parejas que me han abierto las puertas de su casa y han dedicado tiempo para explicarme sus experiencias sobre los partos que vivieron en el domicilio. Vuestra generosidad ha hecho posible esta investigación. Quiero dejar constancia de que la realización de las entrevistas ha sido el aspecto más gratificante de todo este proyecto. Gracias por haberme permitido emocionarme con vuestros relatos.

Gracias a las personas que me han asesorado y han escuchado mis dudas: a Laura Fitera por la confianza depositada en mí; a Trini Zafra por su ayuda en cuestiones de «género»; a Ramón Pastor por su búsqueda de referenciado; a Concha Cuenca por sus críticas; a Paula Tomás, Miguel Sanz, Miguel Ángel Compañy y Teresa Compañy por su manejo del Word, los índices y las tablas; a Manolo Arranz por sus consejos metodológicos y muy especialmente a Fidel Romero por regalarme la imagen que ilustra la portada, en la que queda reflejada la esencia de este trabajo: un bebé naciendo en su casa, acompañado de su padre y de la matrona que está representada en la actitud paciente y observadora de una gata. Sus aportaciones han supuesto un apoyo, un estímulo o un reto.

Gracias a mis jóvenes traductoras Ana Compañy, Laura Egan, Grace Emery, Francesca Montemagno y Katy Baines. Su ayuda ha sido inestimable.

Gracias a los miembros del Comité de Bioética del Hospital de S. Joan que me ayudaron a salvar un escollo que parecía insalvable: la valoración ética de esta investigación.

Gracias a mi familia y amigos/as que me han acompañado, soportado y escuchado a lo largo de este proceso y que saben de parto en casa casi tanto como yo. Sobre todo a mi hermana, Marifé, que ha escuchado con paciencia todas las veces que a lo largo de estos

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

años le he dicho “ya queda poco”, “ya casi estoy acabando” y a Amparo y Salva, por los momentos de relax y distracción que nos han proporcionado.

Y muy especialmente a mi marido, Miguelo, y a mis hijas, Teresa y Ana, sin cuya comprensión, ayuda y ánimos este proyecto no hubiera sido posible. Han sido tantas las horas que os ha robado...

Fuentes de financiación

Se recibió en el año 2013 una Ayuda del Centro de Estudios sobre la Mujer (CEM) para la realización de tesis doctorales que contemplen la perspectiva de género.

“¿Piedras en el camino? Ponme muchas y con ellas hago un castillo”.

“Solo en los nacimientos y en las muertes se sale uno del tiempo; la tierra retiene su rotación y las trivialidades en las que malgastamos las horas caen sobre el suelo como polvo de purpurina. Cuando un niño nace o una persona muere, el presente se parte por la mitad y te deja atisbar por un instante la grieta de lo verdadero: monumental, ardiente e impasible” (La ridícula idea de no volver a verte). Rosa Montero

Índice general

LISTADO DE ABREVIATURAS	15
RESUMEN	17
PRESENTACIÓN.....	21
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	23
1.1. CONCEPTUALIZACIÓN	24
CAPÍTULO II JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	31
2.1. JUSTIFICACIÓN.....	32
2.2. HIPÓTESIS	33
2.3. OBJETIVOS	33
2.3.1. <i>Objetivo general</i>	33
2.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	34
CAPÍTULO III REVISIÓN DE LA LITERATURA	35
3.1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	36
3.2. EL PARTO EN EL DOMICILIO	40
3.2.1. <i>Decidir el parto en casa</i>	40
3.2.2. <i>Atención al parto domiciliario</i>	42
3.2.3. <i>Requisitos para el parto domiciliario</i>	43
3.2.4. <i>Seguridad/riesgo en el parto domiciliario</i>	43
3.2.5. <i>El papel del padre en el parto domiciliario</i>	46
CAPÍTULO IV MARCO TEÓRICO	47
4.1. PARADIGMA HERMENÉUTICO	49
4.2. MODELO ESTRUCTURAL DIALÉCTICO DE LOS CUIDADOS.....	51
4.3. TEORÍAS: TEORÍA DE LA ANTROPOLOGÍA DEL NACIMIENTO Y ENFOQUE DE GÉNERO	53
4.3.1. <i>Teoría antropológica y Antropología del Nacimiento</i>	54
4.3.2. <i>Enfoque de género</i>	60
CAPÍTULO V MARCO CONTEXTUAL	63
5.1. DERECHOS EN EL NACIMIENTO	64
5.1.1. <i>Principios generales y bioéticos</i>	64
5.1.2. <i>Marco legislativo</i>	67
5.1.3. <i>Violación de los derechos en el nacimiento: violencia obstétrica</i>	69
5.2. EL CONTEXTO HOSPITALARIO/DOMICILIARIO.....	75
5.2.1. <i>Unidad funcional</i>	76
5.2.2. <i>Marco funcional</i>	85
5.2.3. <i>Elemento funcional</i>	94
CAPÍTULO VI MATERIAL Y MÉTODOS	103
6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	104
6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO: DATOS DE LA PROVINCIA DE ALICANTE	106
6.3. PARTICIPANTES.....	107
6.4. UNIDADES DE ANÁLISIS	113
6.5. TÉCNICAS EMPLEADAS PARA LA RECOGIDA DE DATOS	114

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

6.5.1.	<i>Entrevistas en profundidad e historias de vida</i>	115
6.5.2.	<i>Recogida de los documentos escritos</i>	118
6.6.	ANÁLISIS DE DATOS	119
6.6.1.	<i>Análisis con el software ATLAS-ti</i>	120
6.7.	CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	122
6.8.	ASPECTOS ÉTICOS	125
6.9.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	127
CAPÍTULO VII HALLAZGOS Y DISCUSIÓN		129
7.1.	ANÁLISIS DE LOS/AS PARTICIPANTES	130
7.2.	ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS	131
7.2.1.	<i>Acceso a la información</i>	133
7.2.2.	<i>Circunstancias personales</i>	138
7.2.3.	<i>Prácticas relacionadas con la decisión del parto en casa</i>	179
7.2.4.	<i>Percepción de su decisión del parto en el domicilio</i>	203
7.3.	ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS RELACIONADOS CON LA ANTROPOLOGÍA DEL NACIMIENTO	205
7.4.	ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS RELACIONADOS CON EL ENFOQUE DE GÉNERO	209
CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES		213
8.1.	CONCLUSIONES	214
8.2.	IMPLICACIONES TEÓRICAS DEL ESTUDIO	216
8.3.	FUTUROS CAMPOS DE INVESTIGACIÓN	216
BIBLIOGRAFÍA		219

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Ventajas y desventajas del parto hospitalario y el parto domiciliario</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 2. Clasificación de los aspectos tratados por la Antropología del Nacimiento</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 3. Publicaciones del Ministerio de Sanidad para la humanización del parto.</i>	<i>83</i>
<i>Tabla 4 Situación del parto en casa en algunos países</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 5. Evolución del nº de partos en el domicilio (asistidos y no asistidos) y % de partos en casa en España y en algunas comunidades autónomas</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 6. Partos en casa en la provincia de Alicante</i>	<i>91</i>
<i>Tabla 7. Participantes en el estudio y sus características sociodemográficas</i>	<i>111</i>
<i>Tabla 8. Modo de acceder a los/as participantes</i>	<i>112</i>
<i>Tabla 9. Unidades de análisis</i>	<i>113</i>
<i>Tabla 10. Acceso a la información</i>	<i>137</i>
<i>Tabla 11. Valores que influyen en la decisión del parto en casa</i>	<i>145</i>
<i>Tabla 12. Creencias: parto, parto hospitalario y parto en casa</i>	<i>148</i>
<i>Tabla 13. Creencias sobre el parto que influyen en la decisión del parto en casa</i>	<i>152</i>
<i>Tabla 14. Hallazgos desde el modelo estructural- dialéctico: comparativa hospital/ parto en casa</i>	<i>155</i>
<i>Tabla 15. Creencias sobre el parto hospitalario que influyen en la decisión del parto en casa</i>	<i>162</i>
<i>Tabla 16. Creencias sobre el parto en casa que influyen en la decisión del parto en casa</i>	<i>165</i>
<i>Tabla 17. Papel del padre en la decisión del parto en casa</i>	<i>170</i>
<i>Tabla 18. Profesionales que atienden los partos, profesión, parejas atendidas, zona de influencia, con quién trabaja y dónde recomienda que se realice el traslado.</i>	<i>172</i>
<i>Tabla 19. Papel de los/as profesionales en la decisión del parto en casa</i>	<i>174</i>
<i>Tabla 20. Papel de la familia en la decisión del parto en casa</i>	<i>177</i>
<i>Tabla 21. Papel de los/as amigos/as en la decisión del parto en casa</i>	<i>178</i>
<i>Tabla 22. Prácticas relacionadas con la decisión del parto en casa</i>	<i>179</i>
<i>Tabla 23. Prácticas relacionadas con la decisión del parto en casa: tomar la decisión... ..</i>	<i>183</i>
<i>Tabla 24. Prácticas relacionadas con la decisión del parto en casa: preparativos</i>	<i>200</i>
<i>Tabla 25. Percepción de su decisión del parto en el domicilio</i>	<i>204</i>
<i>Tabla 26. Hallazgos relacionados con la antropología del nacimiento: comparación de modelos de atención</i>	<i>208</i>
<i>Tabla 27. Hallazgos relacionados con el enfoque de género</i>	<i>211</i>

Índice de imágenes

<i>Imagen 1. Distribución mundial del parto en el domicilio</i>	<i>89</i>
<i>Imagen 2. Estimación de los partos planificados en casa por provincias. Datos 2012</i>	<i>92</i>

Índice de figuras

<i>Figura 1. Elementos que influyen en la toma de decisiones</i>	24
<i>Figura 2. Marco teórico</i>	48
<i>Figura 3. Modelo estructural dialéctico en la decisión del parto en casa</i>	53
<i>Figura 4. Unidad, marco y elemento funcional en la decisión del parto en casa</i>	75
<i>Figura 5. Cascada del intervencionismo</i>	80
<i>Figura 6. Elementos que influyen en las parejas para decidir el parto en casa</i>	132

Índice de anexos

<i>Anexo 1. Marco legislativo que apoya los derechos en el parto</i>	291
<i>Anexo 2. Documentos para la mejora de la atención al proceso sexual y reproductivo</i>	295
<i>Anexo 3. Profesionales que realizaron partos en casa en los años 70-80</i>	301
<i>Anexo 4. Productos etnográficos obtenidos en esta investigación</i>	305
<i>Anexo 5. Carta de presentación a ginecólogos/as y matronas colaboradoras</i>	309
<i>Anexo 6. Carta de presentación a participantes</i>	313
<i>Anexo 7. Documento de consentimiento informado</i>	317
<i>Anexo 8. Ficha de datos socio-demográficos</i>	321
<i>Anexo 9. Guía para las entrevistas en profundidad</i>	325
<i>Anexo 10. Guía para la historia de vida</i>	329
<i>Anexo 11. Ejemplo de entrevista modificada para su análisis</i>	333
<i>Anexo 12. Documento de solicitud del relato escrito</i>	349
<i>Anexo 13. Ejemplo de análisis con ATLAS-ti</i>	353
<i>Anexo 14. Resolución del Comité de Investigación y Ética (CEIC) de la Comunidad Valenciana</i>	359
<i>Anexo 15. Informe de la Comisión de Investigación del Hospital del San Joan</i>	363
<i>Anexo 16. Informe del Comité de Bioética Asistencial del Hospital de San Joan</i>	367

Listado de abreviaturas

- **ACNM:** American College of Nurse-Midwives.
- **ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologists.
- **APHA:** American Public Health Association.
- **AETSA:** Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- **BECG:** Birthplace in England Collaborative.
- **CAQDAS:** Computer-Aided Qualitative Data Analysis.
- **CEIC:** Comité de Investigación y Ética de la Comunidad Valenciana.
- **CIDH** Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- **CIMS:** Coalición para las Mejoras de los Servicios de Maternidad.
- **CIPD:** Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.
- **COIB:** Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.
- **DH:** Department of Health.
- **FAME:** Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **MA:** modelo de autoatención.
- **MMA:** modelo médico alternativo.
- **MMH:** modelo médico hegemónico.
- **MSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
- **MSYC:** Ministerio de Salud y Consumo de España.
- **MSYPS:** Ministerio de Salud y Política Social de España.
- **NCT:** National Childbirth Trust.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONU:** Organización de Naciones Unidas.
- **pec:** parto en casa.
- **RCOG:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- **RAE:** Real Academia Española.
- **RANZCOG:** The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists.
- **SEGO:** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Resumen

En España, cada año un pequeño número de parejas deciden realizar el parto en su domicilio, opción que es rechazada por la mayoría de la sociedad y de la clase médica. Decidir es un proceso en el que se selecciona una acción entre un conjunto de acciones posibles, siendo numerosos los elementos que intervienen en ello. Destacan el acceso a una información válida y relevante, así como distintas circunstancias personales: valores, creencias y temores; experiencias anteriores; percepción personal del riesgo o seguridad y por último los apoyos familiares, sociales y profesionales.

El objetivo de este estudio se centra en describir desde la perspectiva etnográfica las experiencias vividas por las parejas en torno a la decisión y organización del parto en casa. Partiendo para ello de dos hipótesis: la primera, que la decisión de realizar el parto en el domicilio está influida por los valores y las creencias de estas parejas, y la segunda que esta decisión pone de manifiesto una toma de posición frente a la medicina oficial. Se trata de un diseño cualitativo de corte etnográfico realizado en la provincia de Alicante entre los años 2007 y 2014 y cuenta como guía con el paradigma hermenéutico. Han participado once parejas que tuvieron al menos un parto planificado en casa. Se han realizado veintiuna entrevistas en profundidad y dos historias de vida y se han obtenido cinco relatos escritos para conocer sus experiencias y recoger la complejidad de las mismas sin perder la perspectiva holística.

El análisis de los datos realizado desde el modelo estructural dialéctico propuesto por Siles (Siles y otros, 2009) nos permite conocer las comparaciones que los/as participantes establecen entre la estructura hospitalaria y domiciliaria para poder tomar su decisión. Igualmente, con la Antropología del Nacimiento estudiamos los periodos de gestación, parto-nacimiento y puerperio considerándolos como hechos cargados de significados culturales. Todo ello desde el enfoque de género que subyace en los aspectos relacionados con la atención obstétrica. Para su análisis se ha recurrido al paquete informático ATLAS-ti v6.2, que nos ha permitido codificar las categorías y establecer relaciones entre ellas de manera más eficiente.

Las participantes en nuestro estudio viven en pueblos cercanos a la ciudad de Alicante y cuentan con un nivel de estudios alto. La edad media cuando tuvieron su primer parto en el domicilio fue de 31 años, eran mayoritariamente secundigestas y acudieron a controles prenatales. Los hombres cuentan también con un nivel de estudios elevado.

Del análisis de los discursos se obtienen cuatro categorías. Tres que corresponden al

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

proceso de tomar la decisión del parto en el domicilio: la información recibida, los factores personales y las prácticas que se realizan. La cuarta categoría es la percepción de su decisión de tener el parto en casa.

Estas parejas se asesoraron y buscaron información a través de los/as profesionales, conocidas, revistas, libros o Internet para saber todo lo posible sobre el parto y el posparto, tanto en el hospital como en casa. Los temas que más les interesan son el riesgo y la seguridad. Expresan sentir miedo a la atención que se ofrece en los centros hospitalarios y les atemorizan las complicaciones que pueden surgir por perturbar el proceso fisiológico, por estar en un ambiente poco familiar y por sentirse en manos de extraños. Manifiestan que tuvieron las preocupaciones habituales ante cualquier parto, y que no experimentaron un temor especial por el hecho de quedarse en casa.

Entre las circunstancias personales que influyeron en la elección del domicilio para tener a su hijo/a destacan los valores, las creencias, los apoyos con los que contaron, y las críticas que recibieron. Así, de los/as participantes en este estudio se puede decir que son reivindicativos/as y críticos/as con el sistema; ellos son protectores, respetuosos y participativos, ellas tienen una importante carga de empoderamiento y son vistos/as por los/as familiares y amigos/as como imprudentes o valientes. Desean que se respeten en todo momento sus derechos a un trato digno, a tomar sus propias decisiones, a su integridad física y a la intimidad. Otro elemento clave son sus creencias sobre el parto y sobre la atención que se presta en el hospital y en el domicilio. Consideran que el parto es un acontecimiento normal, familiar y trascendental que suele ir bien; que en el hospital hay más riesgos, no se respetan los derechos en el nacimiento y el padre tiene poco protagonismo; y que el parto en el domicilio es lo mejor, aunque tenga algunas desventajas y son necesarios ciertos requisitos.

Para que el parto se realice en casa es preciso tomar la decisión y realizar numerosos preparativos. La idea del parto en casa suele ser propuesta por la mujer, siendo su pareja el principal apoyo junto al de la profesional que la asiste; aunque los/as familiares, amigos/as y el resto de profesionales también suelen criticarla. Entre los preparativos que se tienen que realizar destacan: buscar profesional y financiación, preparar el hogar, planificar el parto y por último prepararse física y psicológicamente. Señalan que la búsqueda del/ la profesional puede ser complicada y que para financiarlo recurrieron a ayudas estatales, familiares o a algunos ahorros. Igualmente realizaron un plan de parto en el que plasmaron sus preferencias: que el parto se realizara en su ambiente y siendo acompañadas y asistidas

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

por las personas elegidas, con una atención en la que se respetara al máximo el proceso fisiológico y con las mínimas intervenciones. Tuvieron en cuenta que podían surgir complicaciones y ser necesario trasladarse al hospital. Y también se prepararon acudiendo a educación maternal o en su domicilio a través de lecturas y prácticas de respiración y relajación.

Estas parejas consideran que la experiencia de tener el parto en casa fue positiva y se sienten satisfechas por la decisión que en su momento tomaron, al tiempo que lo recomiendan.

Para concluir, señalar que buscaron información y compararon la atención que se recibía tanto en casa como en el hospital, que los valores que han desarrollado a lo largo de su vida junto con sus creencias les llevaron a decidir que el parto en casa era la mejor opción ya que en ella evitaban la violencia obstétrica; que con su decisión ponen de manifiesto su discrepancia con muchas de las creencias arraigadas en la sociedad y con el paternalismo característico del modelo intervencionista de atención predominante en el parto hospitalario; que tienen la firme convicción de que el parto tiene un valor espiritual y trascendental; que la participación de las parejas es altamente valorada y se reconoce que su apoyo es fundamental; que el apoyo del/la profesional de la obstetricia es imprescindible; que con su decisión se enfrentan al sistema médico imperante; que la preparación y los preparativos son muy diferentes de los que realizan las parejas que optan por el parto hospitalario y que sería deseable que la atención al parto en casa se incluyera en la cartera de servicios de la sanidad pública.

Palabras Clave: Antropología del Nacimiento, creencias, derechos, marido, esposo, etnografía, género y salud, modelo estructural dialéctico, pareja, parto domiciliario, prácticas, toma de decisiones, violencia de género, violencia obstétrica.

Presentación

Este documento es el resultado de la investigación realizada para la obtención del título de Doctor en Enfermería y trata sobre la decisión del parto y nacimiento en el domicilio en un momento en el que en España se están produciendo importantes cambios en la atención al parto normal.

Supone a la vez el final y el principio de un camino. El final de una aventura iniciada con gran ilusión hace 12 años cuando empecé mis estudios de Antropología Social y Cultural, así como el inicio de un nuevo tiempo, realizando investigaciones que ayuden a las mujeres que desean tener el parto en el domicilio y a los/as profesionales que quieren acompañarlas. Su nacimiento llega después de un durísimo embarazo de 8 largos años durante los cuales se han ido entrelazando, como siempre en la vida, sombras y luces: la soledad de la investigación junto con el encuentro de compañeras de viaje; la existencia de personas que la han entorpecido junto con la de familiares, amigas/os, compañeras/os... que me han apoyado incondicionalmente; la dificultad para obtener un resultado satisfactorio junto con la facilidad del acceso a aquellas mujeres y hombres que han compartido conmigo sus experiencias, la decepción de ver que el esfuerzo realizado no siempre tiene la recompensa esperada con la satisfacción por el trabajo realizado.

Estoy convencida de que uno de los aspectos que más ha influido en el resultado final de esta investigación fue el cambio de dirección que se produjo tras la defensa del proyecto y obtención del Diploma de Estudios Avanzados y la Suficiencia Investigadora en el año 2009.

Esta investigación surge a raíz de la participación en la toma decisión del parto en casa de una pareja que acudía a mi consulta, lo que me llevó a plantearme cuáles son los elementos que influyen en esta opción y cuáles son las prácticas que estas parejas llevan a cabo para poder realizarlo.

Se opta por una investigación de índole cualitativa, más concretamente etnográfica, en un intento de aprehender los valores y creencias que apoyan esta decisión y de conocer cuáles son las prácticas a las que recurren para poder cumplir su deseo. El modelo estructural dialéctico (Siles y otros, 2009) sirve de guía y nos permite conocer las estructuras significativas que explican este comportamiento, así como las comparaciones que los/as

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

participantes establecen entre la estructura hospitalaria y domiciliaria para poder tomar su decisión. Como perspectivas teóricas se selecciona la antropología porque se considera que las parejas que han decidido tener su parto en casa constituyen un grupo cultural susceptible de ser indagado como tal a través de esta; y más concretamente la antropología del nacimiento porque nos permite comprender los períodos de gestación-parto-nacimiento y puerperio como hechos cargados de significados culturales. Igualmente se opta por un enfoque de género, ya que este subyace en todos los aspectos relacionados con la atención que se da en el proceso obstétrico.

En un primer momento se planteó extender el ámbito de estudio a las provincias de Alicante, Valencia y Murcia, pero dado que se obtuvo la saturación de la información con los/as participantes de Alicante, no fue necesario recurrir a informantes de otras provincias.

Se tomó la decisión de unir los hallazgos y la discusión porque consideramos que así se conseguía que los relatos de los/as participantes constituyeran el hilo conductor que nos llevaran a comprender de manera profunda la decisión del parto en casa. A lo largo de este proceso descubrí que, aunque yo pensaba que estaba investigando sobre la toma de decisiones, estas parejas nos hablaban de respeto a sus derechos durante el nacimiento y de evitar que en su parto se ejerciera violencia obstétrica. Aceptar este hecho resultó ser un camino doloroso al que me resistía, ya que hablar de violencia suponía cuestionar la labor que con toda profesionalidad desempeñan en los paritorios compañeros/as altamente cualificados/as. Pero el análisis de las entrevistas me llevaba inexorablemente hacia ello y me hizo reflexionar sobre la importancia de realizar nuestro trabajo asistencial escuchando las necesidades de cada una de las mujeres/parejas sin imponer nuestra voluntad basándonos en la superioridad de nuestros conocimientos.

Esta tesis se presenta en 7 capítulos: introducción; justificación, hipótesis y objetivos; revisión de la literatura; marco teórico; marco contextual; material y métodos; hallazgos y discusión y por último las conclusiones.

Espero que su la lectura resulte interesante y enriquecedora, y sirva de estímulo para desempeñar nuestra labor obstétrica con un mayor respeto hacia los deseos, esperanzas y sueños de las mujeres y parejas a las que acompañamos en este momento tan especial como es el nacimiento de su hijo/a.

Capítulo I

Introducción

1.1. Conceptualización

A lo largo de este documento se hace referencia a distintos conceptos relacionados con la decisión de que el parto se produzca en el domicilio, algunos de los cuales se muestran a continuación.

Decidir “es un proceso deliberado (y deliberativo) que lleva a la selección de una acción determinada entre un conjunto de acciones alternativas, por lo tanto tomar la decisión es un proceso previo a la acción” (Pavesi y otros, 2004). Toda decisión conlleva tres etapas: intercambio de información, deliberación y decisión (Charles y otros, 1999) o como señala Amado (2011): conocer las distintas opciones, ponderar los aspectos positivos y negativos y tras realizar un balance llegar a una conclusión.

En las decisiones que se toman sobre cuidados en salud interactúan numerosos elementos entre los que cabe destacar el acceso a la información y las circunstancias personales (Hidalgo y otros, 2007). (Figura 1)

Figura 1. Elementos que influyen en la toma de decisiones

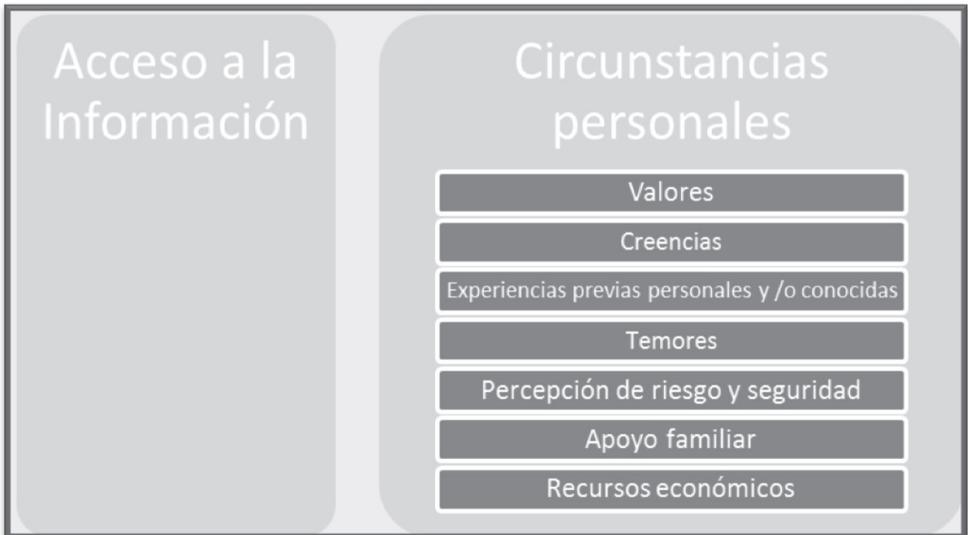


Figura de elaboración propia. Fuente: Hidalgo y otros (2007)

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Para poder decidir, es importante, contar con una información válida y relevante que permita evaluar todas las ventajas y desventajas de las diferentes opciones, para de ese modo elegir lo «mejor» entre lo «posible» (Victoriano, 2007).

Entre las circunstancias personales que influyen en la toma de decisiones se incluyen los valores, las creencias, las experiencias previas personales y/o de conocidos/as, los miedos, la percepción de riesgo y seguridad, el apoyo familiar y los recursos económicos (Hidalgo y otros, 2007).

- Los valores son “las creencias o modelos morales que subyacen a toda conducta observable” (Sanmartín, 2003). Garzón y Garcés (1989) afirman que son “elementos culturales colectivos que configuran un determinado modo de vida, concepción del mundo y orientación conductual, proporcionando a los miembros de dicha cultura un esquema conceptual de lo que es correcto, ideal y preferible en el espectro posible de la actuación humana”. Por lo tanto, también representan una percepción subjetiva de aquello que vale la pena (Antoncich, 2013), de lo que resulta más importante para cada persona en función de sus propias creencias y experiencias previas (Hidalgo y otros, 2007). Es “la cualidad de algo que lo hace apreciado y lo convierte en un bien” (Seoane, 2011) y denota “el objeto de cualquier necesidad, actitud o deseo” (Hidalgo y otros, 2007). Para Kant, el valor de las personas es su dignidad (1996). Toda elección se realiza en función de un determinado tipo de valores, que varían de una persona a otra y que marcan lo que para cada uno/a es lo más importante: la familia, la profesión, una afición... (Seoane, 2011). Costa (2012) afirma que a través de la entrevista es posible conocer los valores que se encuentran en la conducta de cada persona o grupo.
- Se entiende por creencia “la idea que alguien tiene de que ocurre cierta cosa, de que algo es de cierta manera; o el conjunto de nociones sobre una cosa transcendental como religión o política a los que alguien presta un sentimiento firme, considerándolas como verdades indudables” (Moliner, 2007). Bueno (2002) afirma que son “como un sentimiento, juicio, vivencia o proceso subjetivo tal, que quien lo vive experimenta un sentimiento de realidad”. Ortega y Gasset (1940) a su vez señala que constituyen la base de nuestra vida y nos ponen delante lo que para nosotros/as es la realidad; que toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál es el sistema de nuestras creencias auténticas y que en ellas “vivimos, nos movemos y somos” (Ortega y Gasset 1949:5). Estas juegan un papel

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

determinante en la definición de tareas y en la selección de herramientas cognoscitivas, dentro de las cuales se interpreta, se planea y se toman decisiones (Watson y Smith, 2002).

- El miedo es “la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario” (Real Academia Española [RAE], 2001). Igualmente García-Carrascosa (2010) afirma que es “una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro, y constituye un mecanismo de supervivencia, surgido para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia”.
- La percepción de riesgo en salud “es el reconocimiento y jerarquización de los peligros a la vez que se realiza una acción” (Domínguez y Massetti, 2009). Así, ante un posible riesgo, se valoran distintos aspectos entre los que tienen especial importancia la severidad y la probabilidad percibidas. De modo que el daño severo, que es improbable que suceda, así como el daño ligero, aunque su probabilidad sea alta, no son percibidos como un riesgo; ya que para ello, el resultado negativo esperado tiene que ser tanto severo como probable (Weinstein, 2000).
- Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002), el riesgo es “la probabilidad de que se produzca un resultado adverso, el factor que aumenta esa probabilidad o una consecuencia, adversidad o amenaza potencial”. A su vez, Puy (1995) señala que el riesgo no es un fenómeno objetivo, sino que es “un constructo social con implicaciones de carácter ideológico y político, en el que juegan un papel importante las definiciones de individuo, salud e intervenciones de cuidados” y que este adquiere significados distintos según las personas, el contexto y el momento, lo que conlleva que cada uno lo defina de forma diferente, considerando un conjunto de alternativas y consecuencias a valorar.
- La seguridad en el caso de la atención obstétrica se entiende como “la situación en la que tanto la madre como el niño no corren riesgo de muerte ni de lesiones irreversibles” (Ortiz, 2008). Pero también se debe tener en cuenta que a esta definición de seguridad física se le deben añadir los valores definidos por cada mujer de seguridad cultural, espiritual y emocional para ella, su bebé y su familia (Canadian Association of Midwives, 2013). Es importante señalar que nadie tiene garantía absoluta de seguridad (Puy, 1995).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- El apoyo familiar es un elemento fundamental en las decisiones sobre el proceso reproductivo, especialmente el de la pareja. Fue en la Reunión de Fortaleza (OMS, 1985a) cuando se alentó a las madres y sus familias a tomar un papel activo en el período perinatal y a reconocer cuándo era necesario buscar ayuda para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

En la atención obstétrica, las mujeres y sus parejas tienen que tomar múltiples decisiones, siendo el lugar donde se va a producir el nacimiento una de las más importantes a las que se van a enfrentar (Lindgren y Erlandsson, 2010; Mottram, 2008).

En los países de la Unión Europea, las mujeres pueden realizar el parto en el hospital, en una casa de partos o en el domicilio (Alcaraz y Cid, 2011). :

La palabra parto procede del latín *partus* y significa “acción de parir” que a su vez es “expeler en tiempo oportuno el feto que tenía concebido una hembra de cualquier especie vivípara” (RAE, 2001).

El parto hospitalario es “aquel que se produce en un hospital y bajo la premisa de que es imprescindible la atención institucional del mismo, del puerperio y del/la recién nacido/a para garantizar un buen resultado para la madre y el bebé” (Doval, 2006).

Las casas de partos son “unidades obstétricas de bajo riesgo dirigidas por matronas” (López y Giménez, 2009). Existen distintos modelos de casas de nacimiento: unidades independientes, centros independientes geográficamente de la sala de partos convencional pero dentro del sistema hospitalario, centros situados justo al lado de la sala de partos del hospital o unidades mixtas en las que la responsabilidad recae en la matrona (López y Giménez, 2009). En España existen distintas casas de parto. Una de ellas, Migjorn Casa de Naiximents en Sant Vicenç de Castellet (Barcelona), es un centro privados no vinculado al Sistema Nacional de Salud, y desde el 10 de Junio de 2014 se cuenta con la ‘Casa de Partos’ del Hospital de Manises, que es la primera área específica de atención al parto natural que se integra en un hospital de la red pública valenciana y que está inspirado en los “birth center” ingleses (Hospital de Manises, 2014).

El parto planificado en el domicilio es definido como "la asistencia a mujeres embarazadas seleccionadas, por profesionales cualificados, dentro de un sistema que prevé

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

la hospitalización cuando sea necesario" (American College of Nurses-Midwives [ACNM] (2010); por lo tanto esta opción solo es posible si la mujer lo desea y siempre que su embarazo y/o parto sean normales (Vedam, 2003).

Tanto el parto hospitalario como el domiciliario presentan ventajas e inconvenientes (Tabla 1).

Tabla 1. Ventajas y desventajas del parto hospitalario y el parto domiciliario

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente familiar e íntimo que favorece la seguridad en cuanto al riesgo de infecciones y la confianza en el proceso. • Favorece que la mujer se exprese libremente. • Libertad de movimientos, de ingesta... • Posibilidad de compartir la vivencia con quien la mujer desee (otros hijos,...). • Elección del equipo y trabajo de preparación previos al parto. • Toma de decisiones conjunta de la mujer/pareja y el equipo. • Responsabilidad compartida. • Igual de seguro que el parto hospitalario en primíparas. • Más seguro que el parto hospitalario en secundíparas. • Menos intervenciones obstétricas. • Mayor satisfacción de la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> • No recomendable en mujeres con factores de riesgo. • Necesidad de desplazamiento a un centro hospitalario si aparecen complicaciones. • No existe coordinación entre el equipo del parto hospitalario y el domiciliario (España). • Poca aceptación familiar, social y profesional. • Pocos profesionales que atiendan partos domiciliarios. • Acceso privado (España). • No recomendable en domicilios en condiciones inadecuadas (higiene, temperatura y acceso).
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendable en mujeres de alto riesgo. • Opción válida si prefieren el hospital. • Acceso a la tecnología obstétrica en caso de complicaciones maternas o fetales. • Acceso a profesionales de otras disciplinas. • Acceso a tratamientos farmacológicos. • Posibilidad de alivio farmacológico del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • El exceso de tecnología y de rutinas obstétricas en mujeres de bajo riesgo aumenta el riesgo de yatrogenia. • Protocolos hospitalarios rígidos que no permiten la atención individualizada. • Riesgo de infección nosocomial. • Acompañamiento limitado a una persona. • Menos libertad de decisión. • Menos intimidad. • Movilidad limitada. • Dificultad para la expresión libre de las emociones.

Tabla de elaboración propia. Fuente: Alcaraz y Cid (2011)

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

El parto normal es “aquel que se produce a término, se inicia espontáneamente, se desarrolla y acaba sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica intervenciones más allá de un apoyo integral y respetuoso” (Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME], 2006; FAME, 2011).

Alcaraz y Cid (2011) señalan que el parto medicalizado es el que “se realiza por vía vaginal pero va precedido de intervenciones como la rotura artificial de membranas, la inducción/estimulación, la analgesia epidural o la realización de episiotomía”; es distócico “si precisa de la realización de una cesárea o se requiere el uso del fórceps, espátulas, kiwi o ventosa”; en cambio se trata de un parto eutócico “si se produce por vía vaginal, el feto nace en cefálica y sin ningún tipo de instrumentación o maniobras especiales”; es pretérmino “si el parto acontece antes de la semana 37”, a término “si se produce entre la semana 37 y la 42 de la gestación”, y por último es postérmino “si se produce más allá de la semana 42”.

El parto no intervenido o parto sin medicalizar no intervenido es el “trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería)” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO], 2008).

Es importante señalar que, simultáneamente al parto de una mujer, se está produciendo el nacimiento de su hijo/a, que supone “la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción” (Lombardía y Fernández, 2009).

Capítulo II

Justificación, hipótesis y objetivos

2.1. Justificación

En España el número de partos domiciliarios se mantiene desde hace unos años en unas cifras muy bajas, alrededor del 0,30 % (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2002-2013); al igual que en la mayoría de los países europeos excepto Holanda (Hendrix, 2010) y el Reino Unido (Birthplace in England Collaborative [BECG], 2011).

En la sociedad española se está produciendo un interés creciente por el parto en casa, a la vez que un fuerte debate sobre la conveniencia de dicha práctica (González y Buñuel, 2010; Martínez-Escoriza, 2010), lo que queda ampliamente reflejado en los medios de comunicación. Así, se encuentran artículos en prensa y se emiten documentales, anuncios y cortos. Se destacan en *El País* los artículos “El parto es mío” de Luz Sánchez-Mellado (2007, marzo 25) y “El desastre de parir” de Rosa Montero (2006, Agosto 13). También se emiten en RTVE los documentales: “De parto” (2009, noviembre 21) en *Documentos TV* y en *Línea 900*, “Los dolores del parto” de Francesca Campoy (2005, abril 8). Al igual que los debates “Parto en casa” (2008, noviembre 3) presentado por Susana Griso en *Espejo Público* de Antena 3 y “Parir en Casa” en el programa *Las noches Blancas* de Telemadrid con Sánchez Dragó (2012, septiembre 29). También hay que señalar el anuncio de Flex, realizado por la agencia de publicidad Sra. Rushmore, en el que se ve un nacimiento en casa (Abril, 2009) y el corto *Por tu bien* de Itziar Bollain en el año 2004. Igualmente han aparecido numerosos blogs y páginas webs relacionados con el parto y nacimiento que están siendo utilizados por muchas mujeres “*que en ellos encuentran contestación a sus cuestionamientos y necesidades*” (Montes, 2007:223).

La importancia de esta práctica queda plasmada en las numerosas investigaciones que son realizadas a nivel internacional (Declercq y Stotland, 2014) y que se centran en la seguridad y riesgo, en los beneficios y en el grado de satisfacción.

En las investigaciones halladas en nuestro país sobre el nacimiento domiciliario se pone de manifiesto que existe la percepción generalizada de que es peligroso. Así, Blázquez (2009) afirma que el parto domiciliario es considerado la opción con mayor riesgo, una modalidad del pasado y un retroceso en su atención; lo que conlleva una falta de apoyo y comprensión social (Rodríguez, 2009).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Dada la exigua producción científica española sobre la práctica del parto en casa, se plantea la necesidad de profundizar en ella y conocer las experiencias vividas por las parejas (la mujer y su compañero) que deciden vivir este proceso en el domicilio.

Se opta por una investigación de índole cualitativo, más concretamente etnográfica, en un intento de aprehender los valores y creencias que apoyan esta decisión y de conocer cuáles son las prácticas a las que recurren para poder cumplir su deseo (de la Cuesta, 2008): cómo toman la decisión, en quién se apoyan, a quién se lo dicen, qué preparan...

Por otro lado, considero importante señalar que en esta investigación desempeñan un papel significativo mi condición de matrona formada en el modelo tecnocrático de asistencia al parto (Davis-Floyd, 2001), mi formación en antropología que me aporta la inquietud de obtener un conocimiento holista del tema y el convencimiento de que *“hasta que la mujer no sea libre para decidir dónde parir y para decidir dónde nacerá su bebé, no podremos decir que existe una adecuada asistencia al parto”* (Ob Stare, 2001:1).

2.2. Hipótesis

Las hipótesis de las que se parte son:

- La decisión de realizar el parto en el domicilio está caracterizada por la influencia de los valores y las creencias de las parejas que intervienen en el proceso.
- La decisión de que el parto se lleve a cabo en casa pone de manifiesto una toma de posición frente a la medicina oficial.

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

- Describir desde la perspectiva etnográfica las experiencias vividas por las parejas en torno a la decisión y organización del parto en casa.

2.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los elementos que intervienen en la decisión de realizar el parto en el domicilio.
- Describir desde la perspectiva de género las experiencias de las mujeres sobre su decisión de vivir el parto en su casa.
- Describir desde la perspectiva de género las experiencias de los padres (marido, novio, compañero, pareja) sobre su decisión de vivir el nacimiento en su domicilio.
- Indagar en el papel del padre (marido, novio, compañero, pareja) en la decisión del parto domiciliario.
- Describir los apoyos y las críticas recibidas por la decisión de realizar el parto en el domicilio.
- Describir las relaciones que se establecen durante la decisión del parto en casa entre las mujeres, sus parejas y los/as profesionales sanitarios/as.
- Describir las prácticas llevadas a cabo por estas parejas para que el parto tenga lugar en el domicilio.

Capítulo III

Revisión de la literatura

3.1. Estrategias de búsqueda

El primer paso de la investigación es realizar una búsqueda exhaustiva de la literatura que nos ayude a crear el marco teórico, referencial o conceptual con el propósito de dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema (Schanzer, 2001) integrándolo en un ámbito donde este cobre sentido, incorporando los conocimientos previos y ordenándolos de modo que resulten útiles a nuestra tarea (Sabino, 1998).

Todas las búsquedas de artículos se realizaron a través de enlaces disponibles en la Biblioteca de la Universidad de Alicante y en la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana o en revistas de la biblioteca de la Universidad de Alicante. Aquellos a los que no se pudo acceder desde estos recursos se solicitaron al Servicio de Préstamo Interbibliotecario de dicha universidad.

Para la lectura de los libros se acudió a las bibliotecas de la Universidad de Alicante, de la Universidad Miguel Hernández y a la Biblioteca Municipal de Alicante, así como a la biblioteca personal y al recurso Google Books.

La revisión de la literatura se ha ido produciendo a lo largo de toda la investigación con una actualización semanal de las publicaciones sobre el parto a través de una alerta en Google Alert y en Science Direct con los términos “homebirth”, “home childbirth” y “parto en casa”.

Sin embargo, se pueden diferenciar tres momentos clave en el análisis documental:

1ª Fase: se realizó una revisión en los años 2007-2009 con el objetivo de elaborar el proyecto de investigación para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA) y la Suficiencia Investigadora.

En esta primera fase la búsqueda de información estaba centrada en:

- Recoger de la manera más amplia posible datos sobre el fenómeno del parto en casa para ver qué se sabía y qué aspectos quedaban por estudiar.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Determinar tras su análisis de los aspectos relacionados con la decisión del nacimiento en el domicilio, el marco de referencia, las definiciones conceptuales y operativas, las variables de estudio y los métodos y procedimientos utilizados por otros autores.
- Obtener información detallada de las percepciones de las mujeres y sus parejas sobre dicha decisión.

Para la obtención de los artículos se recurrió a las siguientes fuentes documentales:

- Bases de datos: Anthrobase: Social and Cultural Anthropology, Anthropological Index Online, Base de Datos para la Investigación en Enfermería (BDIE), Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Cochrane Pregnancy and Childbirth Database, Web of Science (WOK), Cuiden, Cuidatge, Fisterra, Cumulative Index to to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Google Académico, Google Books, Google Scholar, ISOC-Antropología Social y JBI Connect +, PubMed y Uptodate.

- Sociedades científicas: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), National Health System (NHS), Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG), Asociación Española de Matronas (AEM), Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Royal College of Midwives (RCM), European Midwives Association (EMA), American College of Nurse-Midwives (ACNM), Midwives Alliance of North America (MANA), International Confederation of Midwives (ICM), Royal College of Midwives (RCM), Australian College of Midwives (ACM), New Zealand College of Midwives (NZCN), Canadian Association of Midwives (CAM) y Col·legi Oficial d'Infermeria de Baelona (COIB).

- Búsqueda manual en Revistas: *Aquichan*, *Enfemagen*, *Matronas Profesión*, *Revista Científica y de Divulgación*, *Evidence-based Nursing*, *Nure Investigación*, *Women and Birth*, *Evidence-based Nursing*, *Midwifery Midwifery Today* y *Ob Stare*.

- Actas de congresos científicos.
- Referenciado en otras revistas o documentos, conocida como técnica de «bola de nieve», en la que se busca en otros artículos citas, bibliografía o referencias para después acudir a las fuentes originales.

- Programas de televisión.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Tesis doctorales: a través del buscador Consulta de la Base de datos de Tesis Doctorales (TESEO), Open thesis, Tesis Doctorales en Red (TDR).

Los descriptores utilizados fueron:

- Medical Subject Headings (MeSH): home childbirth, father, husband, spouses and sexual partner, decision making. Con las estrategias de búsqueda:
 - (“home childbirth”) without limits.
 - (“home childbirth”) and (“decisión making”) without limits.
 - (“home childbirth”) and (“father” or “husband” or “spouses” or “sexual partner”) without limits.
- Descriptores en Ciencias de la salud (DeCS): parto domiciliario, padre, marido, cónyuges, pareja sexual, toma de decisiones. Con las estrategias de búsqueda:
 - (“parto domiciliario”) sin límites.
 - (“parto domiciliario”) y (“toma de decisiones”) sin límites.
 - (“parto domiciliario”) y (“padre” o “esposo” o “cónyuges” o “pareja sexual”) sin límites.
- También se realizaron búsquedas con lenguaje libre utilizando los términos: “homebirth”, “home birth”, “domiciliary birth”, “decisión”, “parto domiciliario”, “parto en casa”, “decidir” y “decisión”.

2ª Fase: Revisión de la literatura sobre el papel del padre en el parto en casa, para la elaboración del artículo “The father in the home childbirth. A systematic review”, que en estos momentos está en proceso de revisión para realizar las modificaciones indicadas por la revista Midwifery.

Esta búsqueda se centró en:

- Recoger de la manera más amplia posible información sobre la realización de revisiones de la literatura y sobre el papel del compañero en el nacimiento domiciliario.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Determinar, tras su análisis el marco de referencia, las definiciones conceptuales y operativas, las variables de estudio y los métodos y procedimientos utilizados por otros/as investigadores/as.
- Obtener información detallada de las percepciones sobre el papel del padre.

Para la obtención de los artículos se recurrió a las mismas fuentes documentales citadas anteriormente.

Los descriptores utilizados fueron:

- Medical Subject Headings (MeSH): home childbirth, father, husband, spouses and sexual partner. Con la estrategia de búsqueda: (“home childbirth”) and (“father” or “husband” or “spouses” or “sexual partner”) without limits.
- Descriptores en Ciencias de la salud: (DeCS): parto domiciliario, padre, marido, los cónyuges y la pareja sexual. Con la estrategia de búsqueda: (“parto domiciliario”) y (“padre” o “esposo” o “cónyuges” o “pareja sexual”) sin límites.

Los criterios de inclusión fueron: artículos cualitativos y cuantitativo sobre el papel de los padres en el parto en casa que contengan las palabras clave seleccionadas en sus títulos, palabras clave y los resúmenes, con textos completos disponibles para el análisis, publicados en revistas hasta diciembre de 2011, sin restricciones de idioma. El criterio de exclusión adoptado fue el no cumplir con los criterios de inclusión mencionados anteriormente. La búsqueda se realizó entre octubre 2011 y febrero de 2012 a través de enlaces disponibles en la Biblioteca de la Universidad de Alicante y en la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Esta revisión fue de gran utilidad en la escritura del artículo “Yo acompaño. Experiencia del padre en la decisión del parto en casa” (Martínez-Mollá y otros, 2013).

3ª fase: con el objetivo de realizar la discusión de los hallazgos se actualiza la revisión de la literatura hasta el momento de la entrega del presente documento, utilizando los recursos indicados anteriormente y ampliando la búsqueda con los siguientes términos libres: antropología, antropología del nacimiento, antropología de la reproducción, antropología de la mujer, antropología médica, acompañamiento, apego, asistencia al parto en casa, beneficios del parto en casa, bioética, cesáreas, competencias de las matronas, calidad de vida, creencias, crianza, derechos, derechos humanos, derechos en

el nacimiento, dolor, doulas, elegir el parto en casa, empoderamiento, epidural, espiritualidad en el parto, hermanos y parto, institucionalización del parto, historia de las matronas, hormonas en el nacimiento, hospitalización, humanización, matronas, matronería, medicalización, miedo, modelos de atención, modelo hegemónico, muerte en parto en casa, muerte fetal, muerte neonatal, muerte perinatal, muerte materna, partería tradicional, parto libre, parto no asistido, parto en casa en embarazo de riesgo, parto en casa tras cesárea, pinzamiento del cordón, plan de parto, posicionamientos ante el parto domiciliario, posparto, prácticas, preparación al parto, riesgos, satisfacción, seguridad, tomar decisiones, trascendencia del parto, traslado al hospital y valores.

3.2. El parto en el domicilio

Para una mayor comprensión, los datos obtenidos con la revisión de la literatura se dividen en cinco apartados: la decisión del parto en casa, la atención, requisitos, seguridad/riesgo y, por último, el papel del padre.

3.2.1. Decidir el parto en casa

Acceso a la información

Para poder decidir acerca del lugar en el que se va a producir el nacimiento es necesario obtener información sobre el proceso. Así, distintos/as investigadores/as afirman que las mujeres deberían ser informadas de manera rigurosa y adecuada de las características del cuidado que van a recibir, de los distintos lugares en los que se puede realizar el parto y de los riesgos y beneficios de cada uno de ellos (Gyte, 2007; Van Haaren-Ten Haken y otros, 2012; Victoriano, 2007). Sin embargo, la mayoría de las veces no son informadas ni se les da la posibilidad de elegir (National Childbirth Trust [NCT], 2009; Gamble y otros, 2007; Lowe, 2009; Pitchforth y otros, 2009), dándose la circunstancia de que, en algunas ocasiones, la información se proporciona de manera sesgada por intereses creados (Keirse, 2010), incidiendo sobre todo en los aspectos negativos (Mottram, 2008). Ello puede deberse a que el parto en casa es considerado peligroso o ilegal (Lembo, 2009; Shaw y Kitzinger, 2005) o no está incluido en la sanidad pública (McLachlan y Forster, 2009).

Circunstancias personales

Son numerosas las investigaciones que estudian las circunstancias personales que influyen en la decisión de dar a luz en el domicilio (Boucher y otros, 2009; Hildingsson y otros, 2003; Lindgren y Erlandsson, 2010).

Entre ellas destacan las creencias acerca del nacimiento en el hogar. En aquellos lugares en los que el parto hospitalario es predominante, la mayoría de la población considera que tenerlo en casa es una opción «alternativa» y peligrosa (Newman, 2008; Shaw, 2007), aunque dicha opinión no es compartida por las parejas que deciden tener el parto en su domicilio (Boucher y otros, 2009; Otis y Bret, 2008; Sjöblom y otros, 2006).

Igualmente es importante la percepción de riesgo que va a depender tanto de las experiencias personales como del contexto político y sociocultural. Son numerosas las ocasiones en las que las mujeres manifiestan que sintieron que había mucho riesgo en algunos partos hospitalarios (Emple, 2010; Lindgren y otros, 2006; Boucher y otros, 2009). Así mismo, dentro del contexto político se señalan las estrategias perinatales nacionales cuya importancia es remarcada por distintos autores (Blix y otros; Kumle, 2008; Dahlen y otros, 2010a, Hadjigeorgiou y otros, 2012; Newman y Hood, 2009, Symon y otros, 2009). Así, en los países en vías de desarrollo se están llevando a cabo numerosos programas para promocionar el parto institucional (Borda, 2001; Tarqui y Barreda, 2006), con la finalidad de disminuir los altos índices de morbi-mortalidad perinatal de los nacimientos domiciliarios. En cambio, en el Reino Unido, hay políticas de apoyo al parto en casa (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2007, 2014). Respecto al contexto sociocultural, suele darse la circunstancia de que, si cierto comportamiento considerado de riesgo es común y suele obtener un resultado positivo, el riesgo es percibido como bajo (Lindgren y otros, 2010). Así sucede en Holanda, donde además del apoyo institucional al parto domiciliario, existe un entorno cultural favorable (AETSA, 2007).

Pero el factor que más influye es el apoyo con el que la mujer cuenta, siendo muy importante el de la pareja y el del/a profesional. En distintas investigaciones se exponen el papel de los padres durante el parto en casa. Mostrándose claras diferencias entre los que viven en los países en desarrollo (Amooti-Kaguna y Nuwaha, 2000; Kukuluy y Öncel, 2009; Tejada y otros, 1999) y los que lo hacen en países desarrollados (Davim y Menezes, 2001; Gibbons, 2006; Lindgren, 2010; Lundgren, 2010; Martínez-Mollá y otros, 2013; Nieri,

2012; Taylor, 2010; Welch, 2001). Igualmente el apoyo del/a profesional es fundamental (DH, sf; Shaw y Kitzinger, 2005, 2007), aunque no siempre las mujeres pueden contar con él, debido a la falta de especialistas que lo incluyan en su práctica (Department of Health [DH], sf; Shaw y Kitzinger, 2007; Viisainen, 2001), bien porque los servicios sanitarios públicos o privados no lo permiten (Lembo, 2009; Pitchford y otros, 2009), no se les da licencia para ello (McLachlan y Forster, 2009) o no lo desean (Shaw y Kitzinger, 2005).

Otro elemento significativo es la carencia de recursos económicos, sobre todo en aquellos países en los que el parto en el hospital o en domicilio no está financiado por la sanidad pública (Kukulu y Öncel, 2009; Miller y Shriver, 2012). Respecto al coste del parto domiciliario se considera necesario realizar más estudios (Henderson y Petrou, 2008) ya que no hay unanimidad en los resultados. Así, algunos autores afirman que éste es menor que en el hospital (Borghi y otros, 2006; Das y otros, 2008; Dhar y otros, 2009; Hendrix y otros, 2009; Iyengar y otros, 2009), incluso hasta un 68 % más barato (Anderson y Anderson, 1999), aunque también hay profesionales que manifiestan dudas sobre ello (Martínez-Escoriza, 2010). En cambio, en otras investigaciones se señala que puede ser equiparable al coste de la hospitalización de corta estancia (Hendrix y otros, 2009) o al de la atención en centros sanitarios estatales (Borghi y otros, 2006).

3.2.2. Atención al parto domiciliario

La legislación de cada país es la que marca quién puede dar asistencia en el parto. Así, en España, la atención al parto normal es llevada a cabo por matronas o ginecólogos/as (MSPS, 2009a) y en EEUU (Estados Unidos) puede ser asistido por naturópatas, médicos de familia, enfermeras, ginecólogos, quiroprácticos o matronas (Cohen, 2008). En cambio, en los países en desarrollo con frecuencia son personas no formadas, como amigas, familiares o parteras tradicionales que suelen carecer de conocimientos para identificar complicaciones maternas y aconsejar el traslado al hospital (Anwar y otros, 2008; Berry, 2006; Das y otros, 2008; Dasgupta y otros, 2006; Thatte y otros, 2009; Wahed y otros, 2010; Yanagisawa y otros, 2006).

El modo de atender el parto domiciliario y el material necesario queda recogido en diferentes publicaciones (DH, sf; RANZCOG, 2009; Saz y otros, 2008; de la Torre, 2006a; Vedam y otros, 2007). Destacar la *Guía de Asistencia del Parto en Casa* publicada por el

COIB (2010), realizada en nuestro propio contexto y en la que se dan recomendaciones para valorar la situación biopsicosocial de la mujer, asistir al parto y al postparto, acoger a la criatura, preparar el material de uso profesional y prever los posibles traslados. En cambio en los países en vías de desarrollo se dan recomendaciones para disminuir la alta mortalidad perinatal (Blum y otros, 2006; Natzke, 2008): formar a las parteras tradicionales modernizando su forma de trabajar, educar a las familias (Hatt y otros, 2009; Iyengar y otros, 2009) y facilitar el acceso a los/as profesionales y a los centros sanitarios (Pasha y otros, 2010).

3.2.3. Requisitos para el parto domiciliario

Para que el nacimiento se produzca en el domicilio es preciso que se cumplan los siguientes requisitos (Vedam, 2003):

- La atención al parto debe ser llevada a cabo por profesionales altamente cualificados/as (Lindgren y otros, 2006; Lindgren y otros, 2008; De Jonge, y otros, 2009).
- Estas/os profesionales deben estar organizados/as dentro del sistema de salud (Homer y Nicholl, 2008).
- El embarazo y/o el parto deben ser de bajo riesgo (COIB, 2010).
- Se deben aplicar de forma rigurosa los requisitos en la selección de las mujeres que van a dar a luz en su casa (American Public Health Association [APHA], 2001; ACNM, 2005; Nursing Midwifery Council [NMC], 2006).
- Se debe dar a las gestantes una completa y adecuada información de los riesgos y beneficios (Tyndall, sf; Mori y otros, 2008; Declercq y Stotland, 2014).
- Se debe tener planificado un posible traslado al hospital en caso de que surjan complicaciones (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG] y Royal Collegue of Midwives [RCM], 2007; BECG, 2011).

3.2.4. Seguridad/riesgo en el parto domiciliario.

Uno de los aspectos claves en el debate que se crea en torno al parto en casa es la seguridad y/o riesgo que hay en el mismo. Las investigaciones ponen de manifiesto que este

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

binomio va a estar influido por distintos factores como el momento histórico, el país en el que se produce el parto, si este es planificado o no lo es, si es atendido por cualificados/as profesionales y si las gestantes son de alto o de bajo riesgo.

Así, Bernabé y otros (2006) señalan que a lo largo de la historia la mortalidad perinatal ha sido elevada debido a las complicaciones relacionadas con aspectos socioeconómicos, como las malas condiciones higiénicas de las viviendas, la falta de higiene en el parto, la mala alimentación de la mujer, el elevado número de embarazos...

Se constata que en los países en vías de desarrollo, las cifras de morbi-mortalidad maternas son muy elevadas (Jeffery, 2010), incluso si la atención en el domicilio ha sido realizada por parteras formadas, sobre todo por la dificultad para acceder a un centro sanitario en caso de complicaciones (Ronsmans, 2009).

También es importante diferenciar si el parto es planificado o no lo es (Declercq y otros, 2010; RCOG, 2007). Así, en el estudio del Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group (1996) se señalaba que la mortalidad perinatal en el parto planificado en casa era del 4,8 por cada 1000 nacimientos, pero si no se tenía en cuenta este factor, la mortalidad en los partos domiciliarios ascendía al 38,7 por cada 1000 nacimientos.

Igualmente influyen la cualificación de la persona que atiende el parto (Vedam, 2003). En las sociedades occidentales modernas, este suele ser asistido por matronas o ginecólogos/as, aunque también se da la circunstancia de partos libres en los que no hay profesionales (Lundgren, 2010). En cambio, en los países en desarrollo, la atención por parte de personal especializado es minoritaria (Barnett y otros, 2006). La OMS, en su informe *World Health Statistics 2014*, afirma que en los países en desarrollo menos del 50 % de las mujeres tienen acceso a la atención de profesionales cualificados/as durante su parto.

Y como último factor que influye en la seguridad o riesgo en un parto se indica el hecho de que las gestantes sean de alto o de bajo riesgo. Así, en embarazos de alto riesgo, la cifra sobre mortalidad infantil llega a duplicarse (Grünebaum y otros, 2013) o triplicarse (Gyte, y otros, 2010; Wax y otros, 2010). Por ello se indica la necesidad de tener en cuenta este factor cuando se hacen investigaciones sobre la seguridad del parto en el domicilio (RCOG, 2007).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Son numerosas las investigaciones sobre el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal en el parto. Todas ellas ha recibido numerosas críticas sobre la metodología empleada y su interpretación sesgada de los resultados (Walsh y Downe, 2008; Gyte, 2007; Gyte y otros, 2008; Gyte y otros, 2009, Wax y Pinnete, 2014); por lo que se señala la conveniencia de que se realicen nuevos estudios con diseños adecuados (ACNM, 2010, Gyte, 2007) que no hagan dudar de su validez (Vedam, 2003).

De este modo, respecto a la morbilidad materna hay unanimidad en afirmar que en el domicilio hay menor riesgo de episiotomías, fórceps y cesáreas (Olsen y Clausen, 2012; Cheng y otros, 2013; Kennare y otros, 2010), al igual que un mayor número de partos vaginales espontáneos (Miller y Skinner, 2012). Sobre la mortalidad materna, Declercq y Stotland (2014) señalan que las cifras son similares siempre que sean embarazos y partos de bajo riesgo.

Acerca de la morbilidad neonatal, Wax y otros (2010) hallaron que en el parto en casa hay menos probabilidad de prematuridad, bajo peso y ventilación neonatal. Igualmente Wax, Pinette y Cartin (2010) afirman que hay menos probabilidad de líquido amniótico teñido y de ingreso en unidades de cuidados intensivos.

Sin embargo, no hay unanimidad en los resultados hallados sobre la mortalidad perinatal, “la que se produce desde las 22 semanas completas de gestación o 500 gramos y más, hasta los siete días completos después del parto” (Lombardía y Fernández, 2009). Así, hay autores que señalan que el riesgo es similar si son gestantes de bajo riesgo y son asistidas por matronas tituladas (Declercq y Stotland, 2014; Ruiz-Callado y otros, 2012; Janssen y otros, 2009). En cambio Evers y otros (2010) y Kennare y otros (2010) afirman que en los partos iniciados en el domicilio la probabilidad de muerte perinatal es mayor.

Pero donde más disparidad se encuentra es en los resultados obtenidos en las distintas investigaciones sobre la mortalidad neonatal que incluye a “las muertes que suceden desde el nacimiento a los 28 días completos después del nacimiento” (González-Merlo y del Sol, 1992). Así, hay autores que señalan que ésta es menor en el parto en casa (Van der Kooy y otros, 2011); otros que indican que no hay diferencias siempre que sea atendido por profesionales cualificados/as (Cheyney y otros, 2014; Koettker y otros, 2012; BECG, 2011); y por último encontramos quienes afirman que el riesgo se duplica (Grünebaum y otros, 2013) o triplica (Wax y otros, 2010), sobre todo, si no se hace una adecuada selección

de las gestantes y se atienden en el domicilio partos con riesgo elevado (Kennare y otros, 2010).

Estos resultados llevan a algunos/as investigadores/as a señalar que se debe permitir a las mujeres elegir el lugar en el que desean llevar a cabo su parto (Fullerton y otros, 2007; Janssen y otros, 2009; Olsen y Clausen, 2012), mientras que otros/as aconsejan que éste se realice en el hospital (Evers y otros, 2010; Kennare y otros, 2010; Wax y otros, 2010; Wax, Pinette y Cartin, 2010).

3.2.5. El papel del padre en el parto domiciliario.

Del papel de los padres en el parto en el domicilio destacan las diferencias que se observan en estos entre los países en desarrollo y los desarrollados. Así, en los países en desarrollo son ellos los que deciden dónde se va a producir el nacimiento (Magoma y otros, 2010; Kukululu y Öncel, 2009), cuándo trasladarse al hospital (Amooti-Kaguna y Nuwaha, 2000) e incluso asisten el parto (Tejada y otros, 1999). En cambio, en los desarrollados la mayoría prefieren el parto hospitalario porque consideran que es lo normal (Bedwell y otros, 2011), sienten que hay más seguridad (Viisaiein, 2001; Lindgren y Erlandsson, 2011) y les tranquiliza la presencia de ginecólogos/as por si surge algún problema (Bedwell y otros, 2011).

Capítulo IV

Marco teórico

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

El planteamiento teórico se construye sobre la base del cuerpo de conocimiento existente en la enfermería también llamado “fondo” (Bunge, 2001) o “marco epistémico” (García, 2001). Este conocimiento se genera a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar en respuesta a necesidades de la práctica profesional (Durán, 2002).

El marco teórico que sirve de base para esta investigación está conformado por el paradigma hermenéutico, el modelo estructural dialéctico y por la teoría de la antropología del nacimiento y el enfoque de género (Figura 2).

Figura 2. Marco teórico

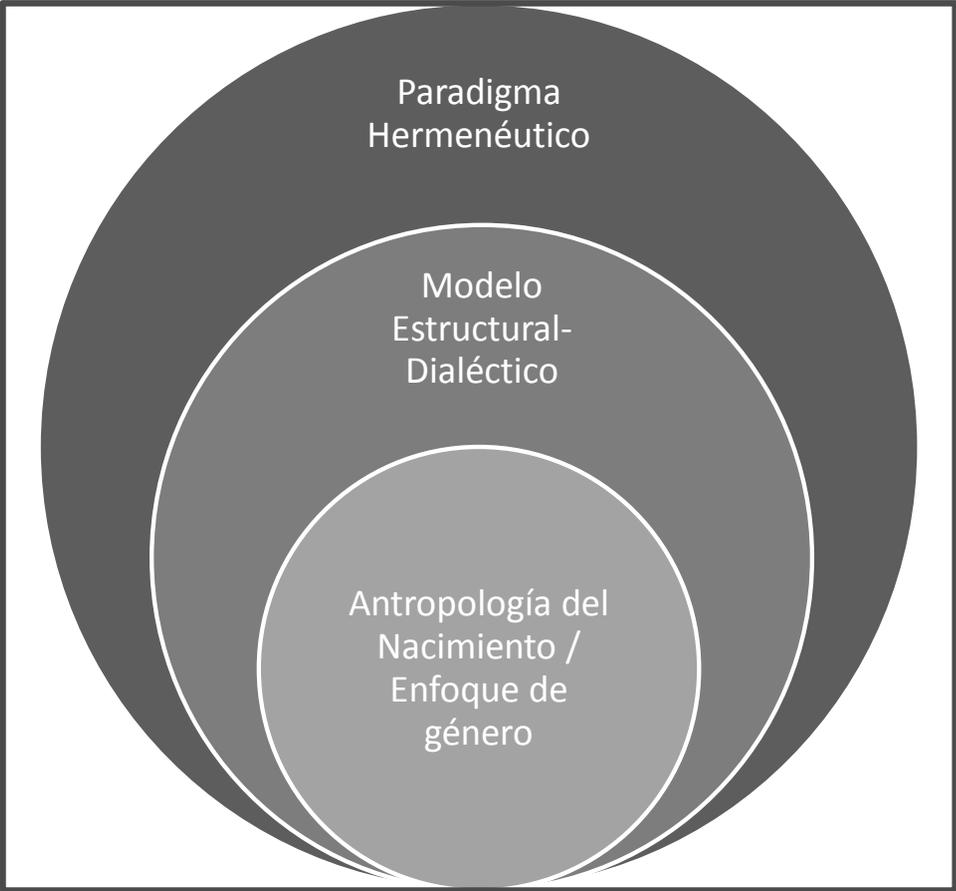


Figura de elaboración propia

4.1. Paradigma Hermenéutico

Fue Kühn (2004) quien definió al paradigma como “el gran sistema de referencia o matriz disciplinar que sirve para consensuar el lenguaje científico e identifica en cada disciplina el tipo de problemas que le corresponde afrontar orientando la adopción de teorías, métodos y técnicas”.

Los paradigmas representan una manera global de concebir la realidad y por consiguiente de abordarla científicamente (González-Morales, 2003). Son “el sistema básico de creencias o visión del mundo y la metafísica que guía al investigador ya no solo al elegir los métodos, sino en formas que son ontológica y epistemológicamente fundamentales” (Guba y Lincoln, 2000). Igualmente se consideran “la plataforma consensual mediante la que se establecen los criterios para aceptar los problemas que corresponden a las diferentes disciplinas, más los recursos conceptuales y metodológicos que se deben emplear para su estudio” (Siles, 1996). También ayudan a que la ciencia se desarrolle cooperativamente integrando a los diferentes grupos de investigadores (Siles y otros, 2005), explicando qué es lo que están haciendo y qué es lo que permanece en los límites de una investigación legítima (Guba y Lincoln, 2000).

Las creencias básicas que definen los paradigmas de la investigación pueden resumirse según las respuestas que proporcionan a tres preguntas fundamentales, relacionadas de tal manera que la que se dé a cualquiera de ellas limitará necesariamente el modo en el que se puede responder a las otras dos (Guba y Lincoln, 2000).

Para Guba y Lincoln (2000) estas preguntas son: la ontológica o ¿qué hay ahí que se puede conocer o cuál es la forma y naturaleza de la realidad?; la epistemológica o ¿cuál es la relación entre quien conoce o busca conocer y lo que puede ser conocido?; y por último la metodológica o estratégica o ¿cómo hace el investigador para hallar lo que está por conocer?, ¿cómo puede el investigador arreglárselas para averiguar si lo que cree puede ser conocido? y ¿cuál es la manera de recoger y analizar los datos?

Guba y Lincoln (2000) aseguran que son cuatro los paradigmas que se encuentran en las Ciencias Sociales: el positivismo, que ha dominado en el discurso formal de las ciencias físicas y sociales y que se caracteriza por el realismo ontológico; el post-positivismo que responde a las críticas hechas al positivismo conservando la misma serie de creencias

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

básicas; la teoría crítica que incluye una serie de paradigmas alternativos que tienen en común la suposición de que la naturaleza de la investigación está regida por los valores, entre los que se incluyen el neo-marxismo, el feminismo, el materialismo y la investigación participativa; y por último el constructivista, que es un paradigma alternativo cuya suposición novedosa es el relativismo ontológico (Lincoln, 1997) y que también se denomina como hermenéutico (Siles y García, 1995), naturalista (Guba y Lincoln, 2000), fenomenológico o interpretativo (Ruiz- Olabuénaga, 2003).

A la pregunta ontológica, el paradigma hermenéutico responde afirmando que la realidad se compone de factores de naturaleza diversa que se combinan de forma dinámica y múltiple, dando lugar a visiones superficiales del fenómeno que comporta y explicitando un orden a menudo solo aparente (Siles, 2005). De modo que lo que estudian las ciencias no es la realidad, sino las interpretaciones que se hacen según el modelo seguido y las normas, valores, creencias y conocimientos específicos del investigador (Siles y otros, 2009).

A la epistemológica, dicho paradigma da respuesta de modo transaccional y subjetivista: *“El indagador y lo indagado se mezclan en una sola e interactiva entidad y los hallazgos que resultan de la indagación son literalmente contruidos por la interacción entre el investigador y lo investigado”* (Lincoln, 1997:4). El investigador es un sujeto situado, con una biografía y una perspectiva dada que condicionarán lo que pregunta, cómo lo pregunta y qué interpreta, lo que lo convierte en actor de su estudio e instrumento de la indagación (De la Cuesta, 2003) y lo que implica que toda investigación tiene un impulso ideológico y no está libre de valores o de prejuicios (Janesick, 2000).

Y por último, a la pregunta metodológica o estratégica contesta que la metodología es hermenéutica y dialéctica. Hermenéutica porque las construcciones individuales son extraídas y refinadas a través de interacciones entre el investigador y los participantes (Lincoln, 1997) y dialéctica porque entre las diferentes construcciones se busca un consenso más informado y sofisticado que las construcciones que previamente se mantenían, incluyendo la construcción ética del investigador (Guba y Lincoln, 2000).

Las preguntas planteadas en esta investigación son: ¿Qué elementos influyen en las parejas que deciden realizar el parto en el domicilio? y ¿cuáles son las prácticas que estas parejas llevan a cabo para poder realizarlo?

Dado que se considera que el parto debe ser entendido como una realidad compleja que hay que estudiar holísticamente (Siles y García, 1995), el paradigma hermenéutico nos permite dar respuesta a las mismas y descubrir los sentidos, significados y vivencias de las acciones de estas parejas.

4.2. Modelo estructural dialéctico de los cuidados.

Un modelo es “una representación teórica de un objeto o sistema que se postula para explicar los hechos observados” (Bolívar, 1985). Supone “una representación esquemática mental o simplificada de la realidad” (Moreno, 2005), con un alto nivel de abstracción que se describe mediante conceptos y proposiciones que se relacionan de forma lógica (Fawcett, 2005). El modelo “constituye el marco de referencia o carta de navegación para ir desde la teoría hacia la práctica” (Moreno, 2005). Desde el paradigma hermenéutico se puede decir que más que representar la realidad, sobre todo muestra una interpretación parcial (Siles y otros, 2009).

Esta investigación sobre la decisión del parto en el domicilio se estructura de acuerdo con la perspectiva del modelo estructural dialéctico de los cuidados (Siles y otros, 2009). El análisis estructural de un fenómeno social lleva a una comprensión profunda de la realidad objetiva y no se limita a una esquematización superficial, sino a la observación de sus diferentes manifestaciones para poner al descubierto sus reglas inconscientes y ocultas (Rebolledo y otros, 2011).

Las estructuras son “principios explicativos, no realidades empíricas” (Bolívar, 1985) y “simulacros de los hechos estudiados que muestran las relaciones observables” (Barthes, 1973). Las estructuras mentales constituyen un condicionamiento inconsciente y universal (Bolívar, 1985) que interviene en la generación de toda cultura (Badock, 1979), de modo que cada una presenta sus propios valores, creencias, prácticas, tradiciones, mitos, etc, que van a ser interpretados por los actores sociales intervinientes y van a influir en cada decisión que se toma (Siles, 2000a).

Con el modelo estructural dialéctico descubrimos las estructuras significativas que explican los comportamientos de las personas (Pinedo y otros, 2010) que se definen como

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

“un conjunto de estructuras que forman un todo de manera dinámica, influenciado por factores internos y externos y con comportamientos complejos, dinámicos y difíciles de predecir” (Ibarra y Siles, 2006).

Así, para conocer la naturaleza de la decisión del parto en casa, en el apartado “El contexto hospitalario/domiciliario” (p. 75), se realiza el análisis de la unidad, el marco y el elemento funcional (Siles, 1999; Siles, 2000a):

- La unidad funcional es la “estructura de convivencia y socialización que influye en la forma de actuación de los elementos funcionales (la mujer, su pareja y el/la profesional) y que dota de significado a los cuidados” (Siles, 1999), que en esta investigación va a estar constituida por la familia y a la institución socio-sanitaria.
- El marco funcional es el “lugar donde ocurren los fenómenos, el espacio habilitado para la dispensa de los cuidados”, siendo este el domicilio.
- El elemento funcional son “los actores sociales de la decisión del parto en casa”, que van a ser la mujer y su pareja, así como los/as profesionales sanitarios/as.

A su vez, la dialéctica permite estudiar el carácter dinámico y direccional de los fenómenos y persigue una visión sintética de los mismos (Siles y otros, 2005); dando una explicación de las contradicciones en la sociedad (posición-negación, tesis-antítesis) que subsumen en una identidad superior (síntesis o conclusión) (Siles y otros, 2009).

Por lo tanto, el modelo estructural dialéctico clarifica la decisión del nacimiento domiciliario basándose en el análisis crítico de las ventajas (tesis) y desventajas (antítesis) del parto hospitalario y domiciliario (estructuras), para llegar a una decisión sobre el lugar en el que quieren que se produzca el parto (síntesis) (Figura 3).

Figura 3. Modelo estructural dialéctico en la decisión del parto en casa

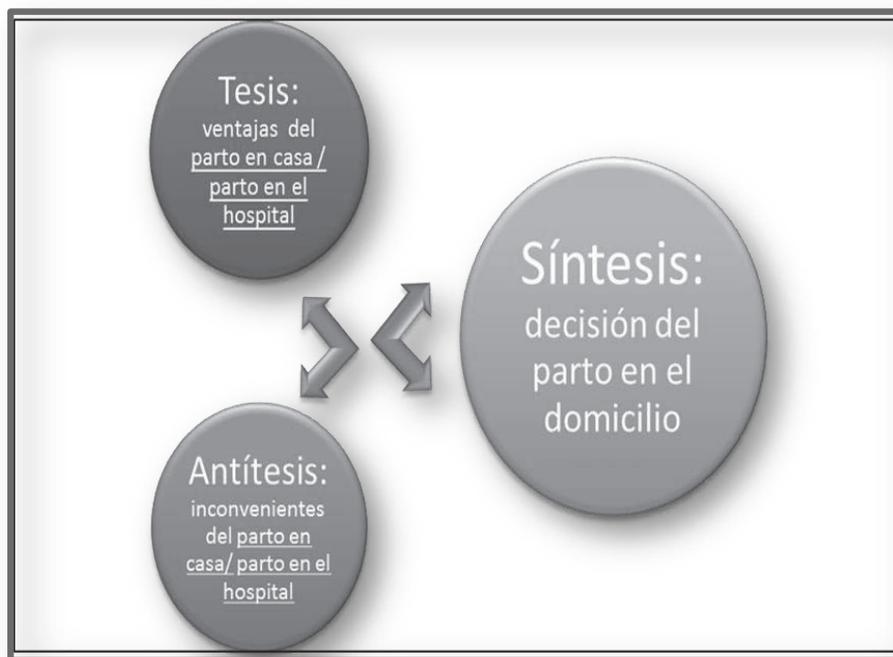


Figura de elaboración propia. Fuente: Siles y otros, 2009

4.3. Teorías: Teoría de la antropología del nacimiento y enfoque de género.

Una teoría es “un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno (Tomey, 2000), siendo por lo tanto capaz “de producir conocimiento” (Siles y otros, 2009). Las teorías se diferencian de los modelos en que son más concretas (Siles y otros, 2009).

Esta investigación se contextualiza dentro del marco de la antropología del nacimiento y con una perspectiva de género.

4.3.1. Teoría antropológica y Antropología del Nacimiento

Se considera que la antropología es la disciplina que estudia “al ser humano inmerso en su cultura, así como los mecanismos de satisfacción de necesidades de los grupos humanos y la cultura en la que se dan estos procesos vinculados a la vida, la salud, la enfermedad y la muerte” (Siles, 2004).

Para Lévi-Strauss (1987) la antropología es “la ciencia que se orienta a un conocimiento global del hombre al tiempo que aspira a un conocimiento aplicable al conjunto del desarrollo humano”.

Según Adam Hoebel (1973) las características que distinguen a la antropología son el concepto de cultura como un todo integrado y el estudio de la humanidad y sus manifestaciones con un enfoque holístico y totalizador.

Así mismo, Jociles (1999:5) señala que “la especificidad de la antropología se encuentra en la mirada antropológica”. Y como afirma Blázquez (2005:3) esta es una «mirada»:

Que sabe hacer extraño lo cotidiano, que sabe ver más allá de los acontecimientos, que sabe dar voz a sus protagonistas, que finalmente busca explicar de una manera más amplia los fenómenos de lo que lo que hacen otras disciplinas como las biomédicas y sobre todo, nos ayuda a mostrar los problemas que subyacen.

Se escoge la antropología porque se considera que las parejas que han decidido tener su parto en casa constituyen un grupo cultural susceptible de ser indagado como tal a través de ella (Wolcott, 1993); y porque es de utilidad para el estudio de la salud y, más concretamente, de la decisión del lugar en el que se va a producir el parto, que está vinculado a los sueños, esperanzas, actitudes, valores y creencias de cada individuo y por lo tanto forma parte de lo que se llama cultura (Lincoln, 1997).

Dentro de la antropología, esta investigación se apoya en la Antropología del Nacimiento (también denominada Antropología de la Reproducción o Antropología del Parto), porque permite comprender los períodos de gestación-parto-nacimiento y puerperio como hechos cargados de significados culturales, no únicamente como meros hechos biológicos (Blázquez, 2005; Sadler y Núñez, 2009), lo que se pone de manifiesto en el hecho de que

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

cada sociedad organiza la atención del nacimiento de acuerdo con el sentido y significado que le confiere a dicho momento (Sadler y Núñez, 2009).

La Antropología del Nacimiento se inicia con los trabajos de Mead, quien en 1967 escribió junto a Newton el libro *Cultural Patterning of Perinatal Behavior*, siendo la primera antropóloga que se dedica al estudio intercultural de los distintos sistemas de partos (Blázquez, 2005). También es autora de *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* (Mead, 2006), en el que llega a la conclusión de que muchas de las llamadas características masculinas y femeninas no se basan en diferencias fundamentales del sexo sino que reflejan el condicionamiento cultural de la sociedad.

A partir de ese momento, son numerosas las etnografías, realizadas mayoritariamente por mujeres, que estudian el proceso reproductivo (Blázquez, 2005). Así, cabe destacar a Jordan, Kitzinger, Davis-Floyd y Sadler. Y en España se cuenta con investigadoras como Esteban, Narotzky, Blázquez, Imaz, Montes y Bodoque. Como se muestra en la tabla 2, los contenidos de sus investigaciones se pueden clasificar según las «problemáticas» (Blázquez, 2005) o «temas» (Sadler y Núñez, 2009) que abordan.

Tabla 2. Clasificación de los aspectos tratados por la Antropología del Nacimiento

BLÁZQUEZ (2005) PROBLEMÁTICAS	SADLER Y NÚÑEZ (2009) TEMAS
La naturaleza social del proceso reproductivo.	La objetivación y biologización de la gestante a la que se despoja de su dimensión social y cultural.
El control del proceso reproductivo.	La exaltación de los/as profesionales sobre los/as usuarios/as, entregándoles el conocimiento autorizado a quienes manejan la tecnología y pueden decodificarla.
La construcción de género.	Las desigualdades de género existentes en los discursos y prácticas de atención de la salud reproductiva y del nacimiento.
La conceptualización dicotómica del proceso reproductivo:	a) La medicalización de procesos naturales y saludables que llevan a intervenir la gestación y el nacimiento como si se trataran de procesos patológicos y con alto riesgo.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

a) Fisiológico-patológico. b) Producción-reproducción.	b) La mecanización del cuerpo, al que se concibe como una «máquina» que se «cosifica».
	El análisis de los distintos modelos de atención al nacimiento, tanto del modelo biomédico, como de otros modelos de atención.

Tabla de elaboración propia

A partir de la clasificación de Sadler y Núñez (2009) se procede a realizar un recorrido por la producción de algunas autoras, solo de aquellas que más han influido en la realización de este trabajo de investigación, por lo que no es su objetivo realizar una revisión exhaustiva.

- La objetivación y biologización de la gestante a la que se despoja de su dimensión social y cultural. Lo que lleva a describir todo el proceso reproductivo desde la biología, desde lo meramente fisiológico, sin tener en cuenta que este tiene un importante componente psicosocial y cultural. De modo que todo el proceso, como afirma Blázquez (2009:259) *“queda reducido a lo que sucede en los órganos reproductores y el cuerpo de las mujeres es fragmentado, adquiriendo toda la centralidad el útero”*. Imaz (2007) señala que la maternidad está confinada en una naturalización no cuestionada porque, aunque desde la antropología se acepta que esta es una construcción cultural, lo habitual es que no se produzca una reflexión sobre el tema. Otras autoras defienden que el parto tiene un carácter social, así, Davis-Floyd (1994) afirma que la atención obstétrica americana hace que la mujer asuma los dictados sociales, por lo que considera que el parto constituye un rito de paso en el que hay cambios en el estatus: de mujer y hombre a madre y padre. A su vez Narotsky (1998) asevera que el sexo, la sexuación y la sexualidad tienen componentes biológicos, sociales y culturales.
- La exaltación de los/as profesionales sobre los/as usuarios/as, entregándoles el conocimiento autorizado a quienes manejan la tecnología y pueden decodificarla. Destaca la obra de Jordan (1977), quien introduce el concepto de «conocimiento autorizado» (traducción propia) siendo este “el conocimiento construido socialmente que reconoce al sistema médico hegemónico un valor superior, desautorizando el saber de las mujeres y comadronas”. A su vez, Narotzky (1995) afirma que la medicalización del embarazo y del parto tiene una función de control sobre las mujeres. Y como señala

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Montes (1999a), las tecnologías utilizadas durante la gestación de forma rutinaria, suponen que la profesión médica aumenta su control, con la pérdida de este por parte de las mujeres embarazadas, cuyos conocimientos quedan descalificados ya que no tienen ningún valor científico (Esteban, 2001). Todo ello conlleva una pérdida del protagonismo de la mujer (Blázquez, 2005), asumido por los/as profesionales de la salud, que se convierten en los/as principales actores/as del proceso obstétrico (Kitzinger, 1993; Sadler, 2003).

- Las desigualdades de género existentes en los discursos y prácticas de atención de la salud reproductiva y del nacimiento. Michelle Sadler (2003) realiza un análisis de género de la atención al parto hospitalario en Chile, afirmando que en él se busca que la mujer y su pareja actúen dentro de un determinado orden social. Así, Blázquez (2009) señala que de modo consciente o inconsciente, en las prácticas biomédicas se inscriben ciertas ideologías de género que atraviesan la comprensión y definición del embarazo, parto y puerperio aunque no se visibilice. En estas prácticas no se integra una perspectiva de igualdad y de empoderamiento de la mujer (Blázquez, 2009).

- La medicalización de procesos naturales y saludables que llevan a intervenir en la gestación y el nacimiento como si se tratara de procesos patológicos y con alto riesgo. Esta medicalización conlleva que las mujeres, a lo largo del embarazo y el parto, tengan que someterse a distintas pruebas y a técnicas que refuerzan el poder médico, aumentan la dependencia de las mujeres y la desconfianza en sus propios cuerpos (Montes-Muñoz y Conti-Cañada, 2009). Medicalización que es defendida por los facultativos, ya que con ella pretenden mantener su poder hegemónico sobre el proceso reproductivo (Jordan y Irwin, 1987).

- La mecanización del cuerpo al que se concibe como una «máquina» y se «cosifica». Por lo tanto el parto pasa a ser controlado como si se tratara de un proceso industrial: se miden los tiempos y los centímetros de dilatación, se monitoriza la frecuencia cardíaca fetal, etc. Así, Narotzky (1995) afirma que esta obsesión por la medición de los tiempos lleva a la aceleración de los partos y a impedir que las mujeres lleven sus propios ritmos. A su vez, Davis-Floyd (1998) critica a una sociedad cuyos valores son las máquinas y lo que estas crean, convirtiendo a las mujeres gestantes en organismos cibernéticos.

- El análisis de los distintos modelos de atención al nacimiento, tanto del modelo biomédico como de otros modelos de atención. Citarella (2000), citado por Sadler y Obach (2006), entiende por sistema médico “al conjunto organizado de creencias y acciones, de conocimientos científicos y habilidades de los miembros de un grupo perteneciente a una determinada cultura, relativas a la salud, la enfermedad y sus problemas asociados”. Para Jordan y Thatcher (2009) es necesario el diálogo entre los distintos modelos de atención al parto, para mejorar la asistencia a las mujeres. Son distintos/as los/as autores/as que han estudiado los distintos modelos de atención:

–En 1978 Jordan publica *Birth in Four Cultures* en el que realiza una comparación intercultural entre el modo de atención al parto en una comunidad Maya en Yucatán, en los Estados Unidos y en Holanda y Suecia. Para esta autora cada cultura tiene su modo particular de conceptualizar el embarazo y el parto a través de quién lo acompaña, dónde se realiza y los artefactos que se van a utilizar en él.

–Menéndez (1984) distingue entre el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo médico alternativo (MMA) y el modelo de autoatención (MA). El MMH se caracteriza por el biologismo, dominio de una orientación curativo-asistencial, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del paciente del saber médico e identificación ideológica con la racionalidad. En el MMA se integran prácticas médicas consideradas tradicionales y alternativas como pueden ser la medicina tradicional china o la medicina de los navajos. Y por último, en el MA, el diagnóstico y atención son llevados a cabo por la propia persona o personas de su grupo parental o comunal (Menéndez, 1988).

–Davis-Floyd (2001) describe tres modelos de cuidados sanitarios: el tecnocrático, el humanista y el holístico, que difieren fundamentalmente en sus definiciones del cuerpo y su relación con la mente y por lo tanto en el modo de enfocar los cuidados sanitarios. El tecnocrático es el equivalente al MMH. El humanista ve al paciente como un sujeto relacional que se informa, toma decisiones y comparte la responsabilidad con el clínico y sería equiparable al MMA. Y por último, el holista considera que la autoridad y la responsabilidad sobre la salud es inherente a cada individuo; por lo tanto, la ciencia y tecnología se ponen al servicio de la persona y se establece una unidad entre profesional y paciente para la individualización de los cuidados (Davis-Floyd, 2001). Este modelo es de gran importancia para nuestra investigación, ya que en él se desarrollan formas de

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

medicina y tratamiento que trabajan con energías tales como la acupuntura, la homeopatía, el diagnóstico intuitivo... (Davis-Floyd, 2001) y que es utilizado por comadronas que "*buscan conscientemente trabajar con lo que ellas llaman la energía del nacimiento*" (Davis-Floyd, 2001:16)

- Kitzinger (2006) afirma que el modelo de atención medicalizada con frecuencia conlleva una experiencia traumática, aunque también hay mujeres, matronas y parejas que pueden trabajar juntas para que esta situación no se repita.
- Sadler y Núñez (2009) distinguen entre el modelo intervencionista de atención de salud y el modelo personalizado. La atención personalizada permite recuperar el nacimiento para las mujeres y se relaciona con una vivencia positiva de la maternidad (Imaz, 2001; Kitzinger, 2012). El modelo intervencionista se caracteriza por: la separación entre cuerpo y emociones; el cuerpo entendido como máquina; la paciente como objeto; estandarización del cuidado y responsabilidad en el /la practicante y no en la paciente; trato impersonal de la paciente; sobrevaloración del uso de tecnología; intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo e intolerancia hacia sistemas complementarios de atención de salud. En cambio, el modelo personalizado se caracteriza por: integración cuerpo y emociones; cuerpo entendido como organismo integral; las familias usuarias como sujeto activo en la atención; información; toma de decisiones y responsabilidad compartida entre practicante y usuario/a; cuidado personalizado y empático del usuario/a; uso de tecnología solo si es necesaria; énfasis en la prevención a largo plazo y apertura hacia modelos complementario de atención de salud.

Una vez analizadas las aportaciones de las distintas autoras, se considera pertinente el enfoque desde la antropología del nacimiento porque en la decisión del parto en casa confluyen la crítica al intervencionismo y medicalización del parto con el deseo de una atención personalizada. Igualmente, dicho enfoque está en consonancia con las concepciones previas de la investigadora que afirma que la reproducción humana no es un asunto meramente biológico, sino que es una actividad social determinada por diferentes condiciones políticas, materiales y socioculturales (Blázquez, 2005) y que a pesar de que el nacimiento es un hecho común a toda la especie humana, la manera en la que se produce, los significados, los peligros, los mitos, los tabúes, las explicaciones y las relaciones entre los/as actores/as son peculiares en cada cultura (Blázquez, 2005).

4.3.2. Enfoque de género

Realizar esta investigación desde la antropología del nacimiento nos permite darle un enfoque de género, dando la palabra tanto a hombres como a mujeres, para conocer el modo en el que cada miembro de la pareja *“construye, transmite, cuestiona o refuerza las premisas, creencias y prácticas dominantes para el otro”* (Sadler, 2004:8).

Se entiende que el género:

- Es una “construcción social que se crea en las relaciones sociales” sobre la base de la capacidad reproductiva (Narotzky, 1998).
- Es “una construcción cultural que forma parte y refleja la organización cultural y social en la que se inserta y desde la que se transmiten opiniones, valores, actitudes, normas, creencias y prácticas” (Montes, 2007).
- Es normativo y un mandato social y familiar, ya que marca lo que se debe ser y hacer, asignando a hombres y mujeres una serie de atributos y funciones que conforman la propia identidad femenina o masculina (feminidad/masculinidad) (Mohedano, 2006), mediante una selección de aquellos elementos culturales que se consideran socialmente los más adecuados a cada uno de ellos/as (Aguilar y Lozano, 2008).
- Produce e incorpora desigualdades sociales (Narotzky, 1998) que quedan reflejadas en las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres (Baker y Greene, 2011; Instituto de la Mujer, 2001).

Los enfoques de género proponen que el proceso de socialización de las mujeres y la definición de su identidad en torno a la maternidad y el cuidado de otros define en ellas una vulnerabilidad y actitud diferente a la del varón frente a la morbilidad, los agentes médicos y las prescripciones terapéuticas (Szasz, 1998). Igualmente, influyen en la manera en la que las propias mujeres interpretan y viven estos fenómenos (Szasz, 1998).

La mayor contribución de los estudios de género *“radica en constituir un pensamiento crítico capaz de cuestionar los conocimientos establecidos introduciendo nuevas formas de percibir al sujeto”* (Martínez, 2005:4). Estos estudios analizan las relaciones que se articulan en torno a la diferencia, la desigualdad, la opresión y la tendencia a naturalizarlas ideológicamente (Martínez, 2005).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Como Santiago (2010) señala, el cuerpo de la mujer todavía es visto como un objeto fragmentado y la experiencia del parto sigue siendo considerada una experiencia médica; por lo que es necesario modificar esta construcción social para que la maternidad se considere como una parte esencial en la vida de la mujer y ella disponga del poder de decisión.

Dado que se considera que la maternidad se inscribe en un determinado sistema de género, “*con contextos históricos y sociales concretos en los que estos sistemas surgen, se reproducen y cambian*” (Esteban y Diez, 1999:8) y que la decisión del parto en casa es una toma de posición y una transgresión a la norma patriarcal imperante; realizar esta investigación desde una perspectiva de género nos va a permitir adentrarnos en dicho fenómeno con mayor profundidad.

Capítulo V

Marco contextual

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

La contextualización de un fenómeno permite situarlo en un determinado “entorno físico, político, histórico, cultural o de cualquier otra índole” (RAE, 2001).

Estas parejas, para conseguir tener el parto en casa, elaboran estrategias y acciones que están determinadas por los diferentes contextos en los que desarrollan sus vidas (Téllez y Heras, 2008).

5.1. Derechos en el nacimiento

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo se estableció que los derechos reproductivos son derechos humanos y se reconoció que la salud reproductiva y sexual tenía que entenderse en su marco desde una perspectiva de género (CIPD, 1994).

5.1.1. Principios generales y bioéticos

Tal y como se afirma desde la asociación Human Rights in Childbirth [HRiC] (2012), la atención que reciben las mujeres durante el embarazo y el parto se entrecruza entre otros con los derechos a la dignidad, a la intimidad, a la integridad física y a la autonomía.

El derecho a la dignidad se considera un valor supremo, pero su significado, contenido y fundamentos nunca se definieron explícitamente (Escobar, 2009). En el Diccionario de María Moliner (2007) se la define como “la cualidad de las personas por la que son sensibles a las ofensas, desprecios, humillaciones o faltas de consideración”. Fernández Guillén (2012) afirma que es “el derecho de toda persona a ser considerado sujeto de derechos y a no ser utilizado como un objeto para los fines de otros, por muy loables que sean esos fines”. La dignidad de la persona no está determinada por criterios psicológicos ni tampoco por los efectos o aportaciones sociales que una persona pueda brindar, ya que se fundamenta en principios éticos de orden abstracto y universal (González, sf). Así, en el artículo 1 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU; 1948:1) se señala: *“El reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana es el fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el mundo. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”*.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

El derecho a la intimidad es un derecho innato (Desantes, 2013) y fundamental del ser humano, que hunde sus raíces en valores constitucionales como la dignidad humana, el respeto mutuo y el libre desarrollo de la personalidad (Ricaldi, 2010). Es el derecho que protege la vida privada del hombre, asegurando el libre desenvolvimiento de esta en lo personal, en sus expresiones y en sus afectos (Ricaldi, 2010). La intimidad se ha definido de innumerables maneras: “el lugar donde se desarrollan las relaciones humanas” (Martí, 1983); “la zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia” (RAE, 2001); “lo que se siente cuando una/o sabe que no es observada/o” (Odent, 1990) y por último, “el mundo interior o reducto inviolable y exclusivo que hay en cada persona” (Yepes, 1997), quien pone sus límites y marca qué parte se puede revelar (Desantes, 2013). Ante la posible exposición de la intimidad aparece el pudor o “el gesto y la reacción espontánea de protegerla, de ponerla a cubierto de miradas extrañas” (Yepes, 1997) que se muestra sobre todo con el deseo de cubrir los órganos sexuales (Yepes, 1997).

El derecho a la integridad personal se relaciona con principios básicos de derechos humanos, como igualdad, privacidad, autonomía y dignidad, así como con el principio de beneficencia y no maleficencia. Este asegura la integridad física, psicológica y moral de las personas e incluye el deber de no maltratar, no ofender, no torturar y no comprometer o agredir (Defensoría del pueblo, 2002). La Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (2010) afirma en su informe *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos* que el derecho a la integridad guarda una estrecha relación con el de la salud y que la provisión de servicios adecuados para la salud materna es una de las medidas principales para garantizarlo en las mujeres. Así, se considera que son manifestaciones de su incumplimiento la elevada mortalidad relacionada con el proceso reproductivo (CIDH, 2010; OMS, 1999), al igual que la morbilidad relacionada con el exceso de medicalización e intervencionismo que acompaña la atención al parto en numerosos hospitales (Nueve Lunas, 2013).

El respeto a la autonomía surge de un concepto del ser humano que implica la idea de libertad personal (Costa y Almendro, 2005), que es equivalente a la capacidad de autogobierno (Beauchamp, 2002) y está ligada a la independencia respecto de otros y a la capacidad para funcionar adecuadamente por sí mismo (Verdugo, sf) y sin influencias externas (Beauchamp, 2002). Este principio es reconocido como un derecho fundamental, porque constituye el núcleo de la entidad moral de la persona, a la que se considera

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

responsable y capaz de tomar sus propias decisiones (Beauchamp, 2002). Para que se pueda ejercer este derecho son necesarios tres requisitos (Seoane, 2011): la información sobre el proceso, proporcionada de forma veraz y comprensible; la voluntariedad para que la decisión se tome de forma libre, sin coacción, intimidación o manipulación y por último la capacidad o aptitud para comprender y realizar libremente un acto o ejercer un derecho.

Igualmente la atención obstétrica debe estar guiada por los cuatro principios de la bioética establecidos por Beauchamp y Childress en 1979: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Su aplicación constituye la base del proceso de humanización del parto (Seoane, 2011) y debe servir, no para ayudar a las madres a adaptarse al sistema, sino para modificar el sistema para que proporcione mejores nacimientos (Torres, Raymond & De Vries, 2009).

El principio de autonomía ha sido desarrollado en el apartado anterior, el resto de principios se exponen a continuación.

Así, el principio de no maleficencia expresa el principio hipocrático de «primum non nocere» e implica ante todo no dañar: no hacer daño físico, psíquico o moral a los/as pacientes y asistirlos/as y no abandonarlos/as; respetando su dignidad, igualdad, autonomía e integridad física y moral (Seoane, 2011). Igualmente se asocia a no matar, a no privar de la libertad y a obtener el máximo beneficio minimizando los posibles daños (Lawrence & Roosevelt, sf), aunque se considera que estos son aceptables si existe una razón imperiosa que lo justifique (Lawrence & Roosevelt, sf).

El principio de beneficencia u “obligación moral de actuar en beneficio de los otros” (Lawrence & Roosevelt, sf; Seoane, 2011). Supone no dañar y obtener el máximo beneficio, minimizar los posibles daños, proteger y defender los derechos de los otros, ayudar a las personas con discapacidades y rescatar a las personas en peligro (Lawrence & Roosevelt, sf). La práctica médica se ha guiado tradicionalmente bajo este principio, buscando el bien de la persona enferma (Costa, 2005). En él se apoya el paternalismo con el que todavía ejercen su actividad asistencial los/as profesionales de la obstetricia y que supone que son los/as que deciden unilateralmente qué es beneficioso para la gestante y el bebé, de acuerdo con sus propios criterios basados en su conocimiento, experiencia y pericia (Seoane, 2011). Lawrence y Roosevelt (s.f.) afirman que la actitud paternalista puede estar justificada si los

beneficios son mayores que los riesgos o si el paciente está ante un serio y prevenible riesgo y la acción puede prevenir el daño.

Y por último, el principio de justicia, por el cual las personas que tienen derechos iguales tienen que ser tratadas con igualdad y las personas que no tienen derechos iguales tienen que ser tratadas de manera diferenciada (Lawrence & Roosevelt, sf; Seoane, 2011). Para ello se debe tratar a todas las personas por igual, de acuerdo a sus necesidades, esfuerzos, aportación, méritos y propias diferencias (Lawrence & Roosevelt, sf). Una injusticia se produce “cuando un beneficio del que una persona es merecedora se deniega sin buenas razones o cuando una carga es impuesta inmerecidamente” (Lawrence & Roosevelt, sf).

5.1.2. Marco legislativo

Los derechos de la mujer y su hijo/a se enmarcan en los principios establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) entre los que destacan la dignidad personal, la vida, la libertad y la seguridad, no ser sometido a torturas o tratos inhumanos o degradantes, la salud y la igualdad en su atención. Derechos que como afirma Krotz (2004) tienen todas las personas humanas por el solo y único hecho de ser eso: personas humanas y que hacen mención a “la doctrina que invoca un reino de justicia y de la moral más allá y superior a determinados países, culturas y religiones que se confieren a los individuos” (McGraw-Hill, sf).

Estos también se han incluido en distintas leyes, declaraciones, pactos, convenios o convenciones tanto nacionales como internacionales, como en la Constitución Española (1978), en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966), en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Organización de los Estados Americanos, 1969), en la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), en el Convenio de Oviedo... (Anexo 1).

En el ámbito sanitario se desarrollan en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (2002), que en el artículo 2 indica que:

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. Este, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
- El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
- Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

En la Comunidad Valenciana, la anterior normativa tiene su desarrollo en la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana y establece esa misma libertad de elección en su artículo 15.

Es importante destacar que en el año 2010, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Case of Ternovszky), reconoció que las parturientas tienen el derecho humano fundamental de elegir las circunstancias en las que dar a luz, lo que supone (HRiC, 2012) que la mujer es la que toma las decisiones finales en el proceso del nacimiento; que el personal sanitario puede informar, asesorar y apoyar, pero es ella la que tiene la última palabra en lo que se debe hacer durante el parto, y que por ello es necesario que existan alternativas para poder elegir (Gyte, 2007).

Desde hace años, distintas organizaciones han desarrollado recomendaciones, decálogos e iniciativas en los que se defienden los derechos que tienen las mujeres y los/as recién nacidos/as durante el embarazo, parto y nacimiento y postparto (Nueve Lunas, 2013; Plataforma Pro Derechos del Nacimiento, 2013): al reconocimiento de la capacidad física y emocional del bebé; al bienestar emocional de la madre; al respeto del momento, ritmo, ambiente y compañía en el parto-nacimiento; a que este transcurra de forma fisiológica; a no ser tratados como enfermos/as; a la intimidad; a permanecer juntos y a disfrutar de lactancia materna. En definitiva, a procurar que la entrada en el mundo se produzca de la forma más agradable y menos traumática posible.

Igualmente, a nivel internacional se promueven distintas celebraciones. Así la European Network of Childbirth Associations [ENCA] (sf) apoya la celebración de la Semana Mundial del Parto Respetado [SMAR], del 21 al 27 de mayo, en la que se reflexiona sobre distintos aspectos del proceso obstétrico: la práctica de la episiotomía, las posiciones para parir, el entorno amoroso durante el parto, la separación del bebé, el derecho a nacer y parir cómo se quiera, dónde se quiera y con quién se quiera... A su vez, la Plataforma Pro Derechos del Nacimiento (2013) promociona la celebración el día 7 de Junio del Día Mundial por los Derechos del Nacimiento.

5.1.3. Violación de los derechos en el nacimiento: violencia obstétrica

Desde hace unos años se está utilizando el término «violencia», relacionado con el proceso obstétrico, o más concretamente con el incumplimiento de los derechos de la mujer y del niño/a en sí.

Fue Leboyer (2010) quien acuñó el término «violencia en el nacimiento» cuando “se excluía a los padres, se separaba al/la hijo/a de la madre y se le imponía una serie de cuidados inmediatamente después del nacimiento”. En el año 2007, Montes hace referencia a la «violencia institucional», que es aquella “que se ejerce mediante el poder institucional, el de la medicina, que asegura y reproduce su orden y el orden social y que es también de género”. Así, indica:

Consideramos que hacer valer para ello la situación de vulnerabilidad en que se encuentran durante el parto y desde la que difícilmente pueden contestar, es una escena del enraizamiento de los valores que rigen el orden social actual en el que el cuerpo y su biología son utilizados para reproducir la inferioridad sistemática de las mujeres: recordándoles o reduciéndolas de algún modo a su feminidad. (2007:297)

Además, como afirma Chávez (2012), la «violencia institucional» también supone una forma de violencia obstétrica por la omisión de la autoridad para adoptar medidas que permitan a las mujeres acceder al derecho a la salud reproductiva, como puede ser la falta de profesionales cualificados/as o de equipo médico.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

El mismo año la legislación venezolana publica la ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el que hace referencia a la violencia obstétrica como:

“La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. (Derecho de las mujeres, 2007: 30)

A lo que añade en su artículo 51 que se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud consistentes en no atender oportuna y eficazmente las emergencias; obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas; obstaculizar el apego precoz del niño/a con su madre; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento expreso e informado de la mujer; así como practicar el parto por vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento expreso, voluntario e informado de la mujer.

Así, Longo y otros (2011:131) afirman:

La violencia obstétrica describe los delitos y violaciones por parte del personal de salud en contra de los derechos de una mujer embarazada que esté de parto. Algunas de dichas violaciones incluyen la atención mecanizada, tecnicista, impersonal y masificada del parto expresada en un trato deshumanizado, en el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

Violencia que está relacionada con lo que Jordan (1992) señala como «authoritative knowledge» o «conocimiento autorizado» para describir “esos saberes que, asociados a personas con autoridad como puede ser el médico en el parto o el maestro en la escuela, son los únicos legitimados y aceptados como algo natural por y para todas las partes, de modo que, si son cuestionados, se despliegan una serie de mecanismos para convencer, persuadir y orientar hacia lo indicado por este conocimiento”. Así, en el entorno hospitalario el poder

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

reside en los obstetras y sus percepciones y prácticas rutinizadas dominan al resto de profesionales y se imponen a las mujeres (Bretin y Gómez 2010).

La violencia obstétrica:

- Constituye una violación de los derechos sexual-reproductivos (Alemán, 2011),
- Puede ser física o psíquica (Medina, 2008)
- Se produce sobre todo durante el parto, aunque se puede hacer extensible al embarazo, postparto y lactancia (Camacaro, 2013).
- Supone un complejo problema social en el que convergen las relaciones de poder entre el personal de salud y las mujeres, la discriminación de género y la cultura médica hegemónica (Valdez-Santiago y otros, 2013).
- Es el producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud (Alemán, 2011).

La forma de violencia obstétrica más expresada es el alto grado de intervencionismo y medicalización que se produce en los hospitales (Benítez, 2008; Medina, 2009; Valdez-Santiago, 2013) y que altera el proceso natural del parto de bajo riesgo (Benítez, 2008; Medina, 2009). En un estudio realizado en el estado de México por Valdez-Santiago (2013), se pone de manifiesto que un 29 % de mujeres refieren algún tipo de abuso durante la atención del parto y un 19 % de mujeres refieren abuso verbal, que puede manifestarse con frases intimidatorias y con la limitación al derecho de las mujeres a expresar sus emociones y el dolor. También se describen amenazas a la mujer diciéndole que, si no hace lo que el sistema le exige, pone en riesgo la vida de su hijo/a (Alemán, 2008). Estas actuaciones son consideradas por Ariza (2012) como «violencia psicológica», que puede ser muy perjudicial y suponer un verdadero trauma, ya que puede perdurar a través del tiempo.

Este tipo de violencia ha sido hasta ahora muy poco visibilizado (Alemán, 2011; Belli, 2013), porque estas actuaciones son consideradas como normales por las mujeres y la sociedad (Belli, 2013) y se considera que siempre existieron (Quevedo, 2012). Pierre Bourdieu (2000) define este hecho como «violencia simbólica», que es “aquella que provoca sumisiones que no se perciben como tales porque están inmersas en unas creencias socialmente inculcadas”. Una muestra de esta falta de visibilización es la carencia de legislación sobre la misma. Igualmente el discurso médico hegemónico considera que la violencia obstétrica es un mero problema de calidad de la atención, por lo que se aplica una

perspectiva gerencial y la búsqueda de soluciones se refiere solamente a cuestiones técnicas y de suficiencia de recursos (Castro, 2014).

Factores que influyen en la violencia obstétrica

Cuando se cuestiona cuáles son los factores que conducen a esta actitud, se obtienen distintas explicaciones:

- Profesionales formados/as bajo el modelo tecnocrático de atención: con una actitud paternalista que no les permite ver que hay otros modos de prestar cuidados, más centrados en las necesidades particulares de cada mujer y reconociéndolas como sujetos de derecho y con poder de decisión (Valdez-Santiago, 2013; Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, 1998). Y es que, como señala Odent (2009), en la atención al parto hospitalario, los/as profesionales actúan bajo el «paradigma de ayudar» que se impone sobre los deseos de la madre, mientras que él aboga por el «paradigma de proteger» a la madre y al/la recién nacido/a de interferencias ajenas a la interrelación que ambos/as crean desde que se inicia el parto. Igualmente, Ariza (2012) afirma que hay veces que los/as profesionales de la salud hacen daño sin proponérselo y sin darse cuenta de que, con su deseo de ayudar, cometen errores. Sobre todo, con el cumplimiento de unos protocolos obsoletos y que no siempre están basados en la mejor evidencia disponible en esos momentos (Downe y otros, 2008), como sucede en EEUU y el Reino Unido donde menos de un 30 % de las guías de actuación en obstetricia están basadas en datos rigurosos (Lokugamage, 2012). Para evitar este problema, en el documento *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones* (Ministerio de Salud y Política Social de España [MSYPS], 2009) se señala que cada servicio de Maternidad debe contar con protocolos de actuación que serán revisados al menos cada 3 años.
- Crisis en el sistema de salud: como afirma Medina (2008:4) “*esta situación puede verse favorecida por la crisis del sistema de salud, por la carencia de infraestructuras adecuadas, por la escasez de recursos, la exigüidad de los presupuestos, la insuficiencia de personal y la insuficiencia del apoyo tecnológico*”. Así, en el texto *Maternidad hospitalaria. Estándares y Recomendaciones* (MSYPS, 2009:19) se indica que “*se tenderá a garantizar la disponibilidad de un matrn o matrona que pueda dedicar el*

100 % de su tiempo a cada mujer con parto establecido". Sin embargo, los datos sobre atención hospitalaria demuestran que en la atención al parto el número de matronas es menor del recomendado, ya que mientras que en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) la media de matronas es de 25,9 por 1000 nacimientos, en España es tan solo de 12,4 por 1000 (OCDE, 2009).

- Práctica defensiva de la medicina: esta atención tan medicalizada e intervencionista también se produce porque muchas de las decisiones médicas se toman desde una actitud defensiva ante posibles demandas, ya que se ha perdido la confianza mutua que caracterizaba la relación médico-paciente (Romero, 2013). Así, en Cataluña, entre los años 1986 y 2005, la especialidad de obstetricia y ginecología estaba entre las que recibieron más reclamaciones; siendo igualmente la que registró el mayor porcentaje de indemnización y una de las que tuvieron las indemnizaciones más altas (Arimany-Manso Gomez-Duran y Aubia-Marimon, 2013). En México también fue la que más reclamaciones recibió (Noguera-Sánchez y otros, 2010).

Acciones para mejorar la atención

Para que esta situación no se repita es preciso:

- Situar la violencia obstétrica en el centro del debate (Olza, 2013), ya que el trabajo reflexivo del equipo sanitario sobre la atención humanizada y respetuosa en el parto favorece la evolución de las prácticas (Bretin y Gómez, 2010).
- Instruir al personal sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Valdez-Santiago, 2013).
- Conseguir un mayor respaldo de los gobiernos en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto (OMS, 2014).
- Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa (OMS, 2014).
- Trabajar siguiendo las directrices del modelo holista de atención (Davis-Floyd, 2001), el modelo personalizado (Sadler y Núñez, 2009) o el paradigma del parto fisiológico y humanizado (Alemán, 2008).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Se considera imprescindible que las matronas sean las responsables de la asistencia al parto normal (Coalición para las Mejoras de los Servicios de Maternidad, [CIMS], 2011; MSYC, 2008; OMS, 1996). Distintos estudios ponen de manifiesto que la atención hospitalaria al parto mejora si es llevada a cabo por matronas sin la intervención de los obstetras (Janssen y otros, 2009; Hatem y otros, 2008; Hodnett y otros, 2008; Sandall y otros, 2013), disminuyendo con ello los índices de ingresos en el embarazo, el uso de epidural, de episiotomías y de cesáreas (Hatem y otros, 2008; Maassen y otros, 2008).

Así, desde la sanidad pública se están desarrollando iniciativas para acabar con la violencia obstétrica, las cuales son tratadas con mayor profundidad en el apartado “Humanización del nacimiento” (p. 80).

Igualmente, en la sociedad española se están llevando a cabo distintas acciones para visibilizar y luchar contra ella:

- La Revolución de las Rosas, que se define como “movimiento contra la violencia ginecológica y obstétrica”, surgida en el año 2011 a raíz de la publicación en la Gaceta Electrónica de la SEGO de unas viñetas vejatorias para la mujer (SEGO, 2011).
- La Iniciativa Crisálida (2011) que ha desarrollado el *Tríptico Sobre Violencia Obstétrica* con el objetivo de dar la máxima difusión de la misma.
- Distintas asociaciones entre las que cabe destacar “El parto es nuestro”, “El parto en casa”, “Plataforma pro-derechos del nacimiento” o “inne-CESAREA.org”, que a través de Internet informan a las mujeres de las diferentes alternativas que hay en la atención que reciben, de sus derechos y del modo de luchar para que estos sean respetados.

Para finalizar, se desea señalar que son numerosos los testimonios y las investigaciones en las que se pone de manifiesto el alto grado de satisfacción de las mujeres por la atención recibida en los servicios de obstetricia de distintos hospitales. Satisfacción que es “la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real y culmina en él mismo; es un fenómeno esencialmente subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no” (Oviedo, 2010). Su medición constituye un importante indicador de calidad asistencial, a la vez que una forma de participación de los usuarios en los sistemas de salud (Carminal, 2001; Mira y Anaraz, 2000). Para su estudio en mujeres

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

durante la experiencia del parto se ha validado en nuestro entorno la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale (Mas-Pons y otros, 2012).

Así, en un estudio realizado en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada se concluye que el nivel de satisfacción sobre el parto es alto (Aguilar y otros, 2013), al igual que en un hospital de Sevilla, en el que las mujeres se muestran satisfechas con el trato recibido (Román y otros, 2007). Igualmente, las usuarias asistidas en su parto en Matagalpa (Nicaragua) catalogaron la atención recibida como buena en un 63 % y como excelente en un 28 % (Navarro, 2011). Sin embargo, hay estudios como el realizado en Lima (Perú) en los que el nivel de satisfacción es bajo entre las mujeres que han dado a luz en el hospital (Oviedo, 2010).

5.2. El contexto hospitalario/domiciliario

El modelo estructural dialéctico (Siles y otros, 2009) nos permite llevar a cabo la contextualización del marco hospitalario/domiciliario que centra la decisión del parto en casa con el estudio de la unidad, el marco y el elemento funcional (Figura 4).

Figura 4. Unidad, marco y elemento funcional en la decisión del parto en casa

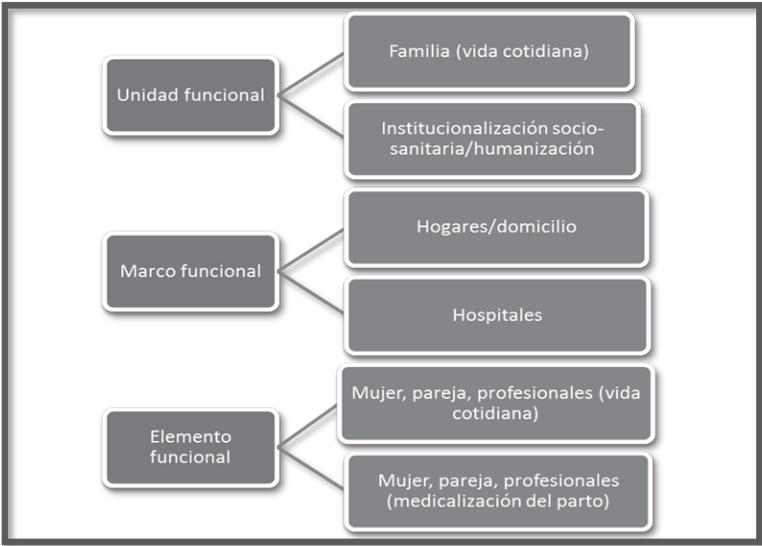


Figura de elaboración propia

5.2.1. Unidad funcional

En la decisión del parto en casa se consideran como unidad funcional o “estructura de convivencia y socialización” a la familia como vida cotidiana y a la institución socio-sanitaria con sus procesos de institucionalización y humanización del parto.

La familia (vida cotidiana)

La familia se puede definir “como el grupo de personas que suelen estar vinculadas (Siles y Solano 2007), que conviven colaborativamente en un espacio común (hogar), tienen sus necesidades propias y siguen una pauta cultural de comportamiento en el proceso de su satisfacción (Siles, 2000b), siendo su finalidad el bien ser y el bienestar de cada uno de sus miembros (Pérez, 2002)”.

Se considera que el grupo familiar es el elemento natural y fundamental de la sociedad (Tylor, 1976), que constituye la estructura social básica de convivencia (Siles, 2004) y en la que se transmiten creencias, valores y sentimientos (Siles, 1997).

La misma es la principal proveedora de cuidados de salud (Colectivo Loé, 1995). El cuidado familiar queda enmarcado tanto en el modelo de auto-atención en el que la asistencia es llevada a cabo por la propia persona o personas cercanas (Menéndez, 1984), como en el holista, para el que la autoridad y la responsabilidad sobre la salud es inherente a cada individuo y a las personas más allegadas (Davis-Floyd, 2001).

Desde la antigüedad, la mujer en trance de parto ha requerido la asistencia y ayuda de otra mujer más experimentada (Terré, 1997) y el nacimiento tenía lugar en el domicilio con el acompañamiento de toda la familia (Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, 2004). Son numerosas las referencias en pinturas rupestres, en papiros del antiguo Egipto, en manuscritos de la Grecia y la Roma clásicas, en escritos hindúes y en la Biblia, en los que se muestran a mujeres ayudando a parturientas (García y García, 1999; Alcaraz y Cid, 2011). Aunque desde mediados del siglo XX el parto se ha producido mayoritariamente en los hospitales, lejos del apoyo de la familia; en los últimos años, se está luchando para que la experiencia del parto vuelva a ser un asunto familiar (Muñoz y otros, 2001).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Es a partir de la reunión de Fortaleza (OMS, 1985a) cuando se pone el énfasis en rescatar el protagonismo de la mujer y su familia y se promueve la idea de que tanto ella como su entorno deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en su desarrollo y evaluación. En el año 2001, la OMS establece que el cuidado perinatal debe estar centrado en las familias y los equipos de salud deben reconocer que sus distintos miembros son fundamentales para el cuidado de la mujer y del/la recién nacido/a.

La institución socio-sanitaria (Institucionalización/Humanización del nacimiento)

Cuando la atención al parto se traslada a los hospitales, se producen profundas modificaciones en la asistencia al mismo, que vienen determinadas por un cambio en las relaciones que se establecen entre las mujeres, sus familias y los/as profesionales que atienden el mismo. Relaciones que están siendo revisadas en los últimos años, lo que ha llevado a realizar numerosos esfuerzos para la humanización de dicha asistencia.

Institucionalización del nacimiento

La institucionalización/medicalización del parto tiene su origen en el siglo XVII, cuando se autorizó a los cirujanos del Hôtel Dieu de París a asistir los partos normales (Urmeneta, 2000). La misma conlleva un gran cambio alrededor del paradigma del nacimiento y del cuidado del parto que pasa de ser un hecho fisiológico, social, familiar, privado y atendido con métodos naturales por otras mujeres en el domicilio de la parturienta, a convertirse en un proceso patológico, biológico, en un acto médico atendido mayoritariamente por comadronas y médicos con sofisticada tecnología en un ambiente hospitalario (Alcaraz y Cid, 2011). Cambio que se debe a que históricamente los hombres no han confiado en el cuerpo femenino, considerándolo frágil (Davis-Floyd y Davis, 1994a), patológico o defectuoso (Ortiz, 1999a; Ortiz, 2001) ya que necesitan controlar y manejar todo lo que ocurre a su alrededor, despojando con ello a la mujer del control de su propio parto (Wagner, 2000).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Las primeras maternidades surgieron en los siglos XVIII y XIX (Ortiz, 1999a, Kitzinger, 1993) como instituciones de caridad a las que solo acudían mujeres de las clases sociales más bajas (Ortiz, 1999b, Herrera, 1999), solteras (Kitzinger, 1993) o que requerían ser atendidas durante el parto y puerperio inmediato (García, 2008; NCT, 2001). Fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando se generalizó la atención hospitalaria del parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos, que no llegaban al 20 % de los mismos (de la Torre, 2006a). Aunque esta decisión se tomó sin que hubiera ninguna evidencia de que el hospital fuera más seguro para el nacimiento (Olsen y Jewell, 2008) o de que el domicilio fuera más inseguro (Havill, 2012). A partir de este momento desapareció la opción del parto domiciliario en la mayoría de los países desarrollados (OMS, 1996).

En España, eran los años 40 cuando la maternidad estaba dejando de ser una práctica hogareña y comenzaba a ser atendida en el hospital. A finales de 1944, se estudió un Plan General de Asistencia a la Maternología y Puericultura que debía cubrir las expectativas de crecimiento hasta 1960 y que estructuraba tres tipos de asistencia: domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria (Pieltáin, 2003). El Dr. Espinosa, redactor de dicho Plan, preveía que la asistencia hospitalaria se realizara únicamente en los partos anormales (aproximadamente un 7 %) y proponía continuar con la tradición del parto en casa, tan económico como arraigado en la sociedad (Pieltáin, 2003). Se consideraba la necesidad de un tocólogo por cada 500 partos y la construcción de maternidades para las áreas de más de cuatrocientos mil habitantes (Pieltáin, 2003). En 1952, contraviniendo las predicciones del Dr. Espinosa, el 11,72 % de los partos cubiertos por el Seguro se asistió en las Residencias Sanitarias (Pieltáin, 2003). Fue en 1963 cuando se aprobó la Ley de Bases de la Seguridad Social y el Instituto Nacional de Previsión comenzó a instalar grandes maternidades y hospitales infantiles, y la asistencia maternal en instituciones cerradas llegó al 12 % de los partos (Pieltáin, 2003).

La institucionalización del nacimiento se acompañó de una serie de controles y procedimientos sobre la madre y el hijo/a (Maldonado, 2008), que contribuyeron a su medicalización (De la Torre, 2006b), entendiendo la medicalización como “el uso inapropiado de intervenciones, tecnología y cuidados ejercidos en los cuidados maternos” (Thomson, 2000:1).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Según Márquez y Meneu (2007), esta medicalización adopta tres grandes modos de manifestarse:

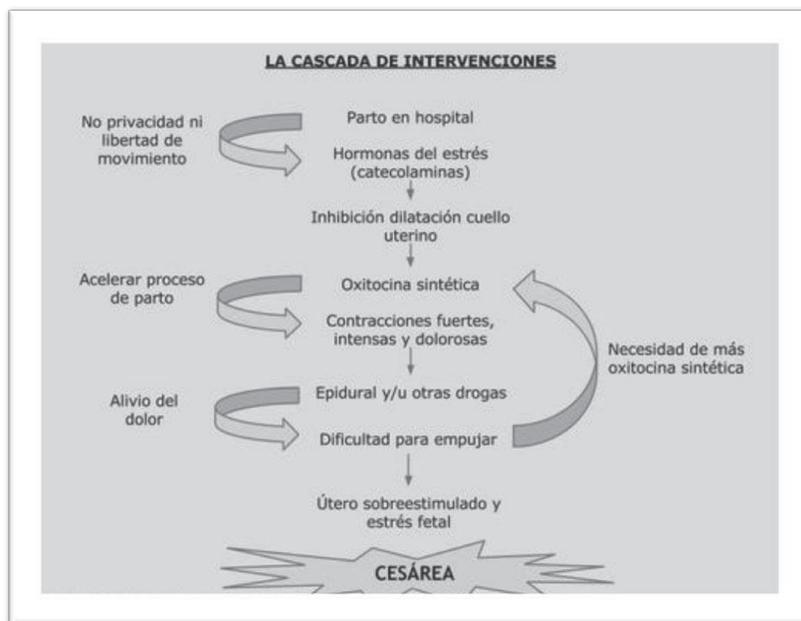
1º) Redefiniendo las percepciones y cambiando el concepto del parto, de modo que este pasa a ser considerado una entidad patológica y un acontecimiento peligroso (Davis-Floyd y Davis, 1996). Así, son los/as ginecólogos/as los/as que toman las decisiones y asumen la responsabilidad absoluta y unilateral de los partos tanto de los de alto como de bajo riesgo (Wagner, 2000; Sadler, 2003). Con ello, convierten a todas las parturientas en pacientes (Sadler, 2003), aislándolas de su entorno y proporcionando a todas ellas una atención igual, uniforme y naturalizada (Sadler, 2003). Llegando a convencer a las parturientas tanto de la superioridad de las tecnologías usadas para corregir sus deficiencias y mejorar su funcionamiento como de la defectuosidad de su cuerpo-máquina (Davis-Floyd, 2004), reforzando con ello su situación de dependencia y por tanto su posición subordinada (Blázquez, 2005).

2º) Clamando la eficacia incontestada de la medicina científica con la bondad de todas sus aportaciones y no reconociendo los riesgos o pérdidas que suponen las prácticas obstétricas (Wagner, 2000).

3º) Marginando cualquier modo alternativo de manejo del embarazo y parto, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas (Wagner, 2000).

Todo ello da origen al «dirigismo obstétrico» o «conducción médica del proceso obstétrico» con el uso de los avances de la cirugía, la electrónica, la química, etc., que convierten a los embarazos y alumbramientos en una nueva especie patológica a ser dominada (Cecchetto, 1994) y sin tener en cuenta que no más de un 10 % de los procedimientos que se aplican en la asistencia al nacimiento ha pasado un examen científico adecuado (OMS, 1985b). Esta actuación desencadena lo que se denomina «la cascada del intervencionismo» (Figura 5), que se produce “cuando un procedimiento obstétrico altera el proceso de parto natural, causa complicaciones e inexorablemente hace necesario el procedimiento siguiente y el siguiente” (Davis, 2012; Davis-Floyd, 1994b, de la Torre-Palomo, 2011), ya que los procesos fisiológicos que tienen lugar durante la maternidad se suceden con un mecanismo de autorregulación y si se interfiere en uno de ellos se alteran los que siguen (Blázquez, sf).

Figura 5. Cascada del intervencionismo



Realizada por: Adriana Vicioso (2013). Fuente: Davis (2012)

Humanización del nacimiento

Tras la institucionalización del parto, en los años 70 se inició un proceso de revisión de la medicalización y deshumanización que se da en los hospitales (Wagner, 2000) y surgieron voces que propugnaban la vuelta del parto al domicilio (Wagner, 2000). Aunque hasta ese momento su atención en el hospital era considerada la quintaesencia de la seguridad tanto para la madre como para el/la niño/a (Banyana y Crow, 2003), la evidencia sugería lo contrario (Murphy y Fullerton, 1998). Se comenzó a comprender que la caída de la mortalidad perinatal se había debido sobre todo a factores sociales como las mejoras en la vivienda, la mejor nutrición, las mejoras en la salud materna, la reducción de los números de embarazos y un aumento en el tiempo entre nacimientos y que no se debía únicamente al traslado de los nacimientos de la casa al hospital y a las intervenciones de alta tecnología (Kitzinger, 1993). Paradójicamente, en España en 1976 el doctor Caballero Gordo presentó en el *Cursillo de Actualización Obstétrica para Matronas* la ponencia “Parto Dirigido, en

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

sustitución del parto normal”, en el que se defendía este como el modo adecuado y científico de atender el momento del nacimiento (Ruiz-Vélez-Frías, 2012).

Igualmente, en esos años el movimiento feminista fue tomando conciencia acerca de cómo la maternidad les había sido robada, iniciando una reacción para desenmascarar las múltiples opresiones derivadas del sistema androcéntrico y patriarcal (Mojzuk, 2006) y dando lugar a una lucha en contra de la medicalización y deshumanización del parto (Wagner, 2000).

Un gran número de estudios centrados en las mujeres empezaron a prestar atención a la experiencia del nacimiento (Simonds, 2002). En algunos países desarrollados, la insatisfacción creada por el tipo de seguimiento especializado hizo que algunas mujeres y matronas empezaran a practicar partos domiciliarios como un modo de confrontación con el sistema oficial de control del parto (OMS, 1996); así, en Cataluña, a finales de los años 70 se recuperó la asistencia al parto en el domicilio (Vidal, 2008).

En los años 80, la OMS organizó conferencias de consenso y desarrolló recomendaciones basadas en la evidencia científica acerca de la tecnología perinatal apropiada. Destacan la *Declaración de Fortaleza* (1985a:1) en la que se manifestaba que: “*el nacimiento no es una enfermedad*” y la *Iniciativa para un parto seguro* en Nairobi (OMS, 1987), que dio como resultado el *Programa por una Maternidad sin Riesgos*. Igualmente se afirmaba que cuando se medicaliza el nacimiento, se alteran la forma de asistirlo, la mente y el cuerpo de la mujer y el estado del/a recién nacido/a (OMS, 1985b). Todo ello supuso el inicio de una nueva manera de mirar este momento; promoviendo una atención que no considere a la mujer como una enferma, sino como la protagonista de este proceso junto a sus redes afectivas (Blázquez, 2005); conjugando avances científicos, equilibrio ecológico y atención humanizada (Blázquez, sf) y persiguiendo el objetivo de una maternidad sin riesgo (Mohedano, 2006), para lo que es necesario aumentar la conciencia, estimular la investigación y compartir información (Mohedano, 2006).

En 1989, el Grupo Oxford de Epidemiología Perinatal publicó *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Chalmers y otros, 1989), en el que mediante el uso de la evidencia científica, se confirmaba que en embarazos de bajo riesgo, el parto en casa era tan seguro como el hospitalario y además se acompañaba de menos intervenciones y menor morbilidad para las madres y sus hijos/as.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

En los años 90, se realizaron estudios que concluyeron que no existía ninguna evidencia de que la atención a las gestantes mejorara con la medicalización del parto (Buitendijk, 1993; Wagner, 2006). En 1996, se constituyó la Coalición para las Mejoras de los Servicios de Maternidad, cuyo objetivo es promover un modelo de atención a la maternidad basado en la evidencia y centrado en la prevención y en la salud, que mejore el resultado del parto, reduzca los costos y sea respetuoso con la madre, el bebé y la familia. También se publicó el documento *Cuidados en el parto normal: una guía práctica* (OMS, 1991) en el que se definía el concepto de parto normal como:

“Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”. (OMS, 1991: 5)

Con la llegada del siglo XXI siguen los estudios que demuestran que hay rutinas e intervenciones que se llevan a cabo en los hospitales que no aportan beneficios o incluso dañan (Sandin-Bojö y otros, 2006) y que los/as profesionales que atienden los partos subestiman la capacidad de las mujeres de progresar normalmente durante el trabajo de parto, al tiempo que sobreestiman las ventajas de las intervenciones tecnológicas (Mead y Kornbrot, 2004).

Así, en el 2000, en la *Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto*, se llega a la *Declaración de Ceará* en la que se afirma que este concepto designará:

“A un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida [...]. La humanización constituye un medio para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida”. (2000:1)

Por ello, dado que el parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida, la humanización del parto constituye una necesidad urgente (Wagner, 2006) para que los cuidados maternos que se proporcionen estén basados en la mejor evidencia disponible (MSYC, 2008) y para que sea la mujer la que tome sus propias decisiones sobre el proceso obstétrico (Wagner, 2006).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

En España se están haciendo grandes esfuerzos para humanizar la atención al nacimiento. Así, en abril del 2005 se elaboró *La carta de Madrid*. En ella, profesionales sanitarios de distintas universidades y de la Asociación Española de Matronas manifiestan su objetivo de contribuir a la mejora de la asistencia al parto y nacimiento de bajo riesgo, desarrollando acciones para promover prácticas adecuadas en la atención del nacimiento, que posibiliten un parto más armonioso y seguro y una entrada más acogedora a la vida. Igualmente, desde la administración pública se han ido publicando distintos documentos con el objetivo de mejorar la atención que se ofrece a lo largo de todo el proceso sexual y reproductivo; y que quedan reflejados en la Tabla 3 y se desarrollan con mayor profundidad en el Anexo 2.

Tabla 3. Publicaciones del Ministerio de Sanidad para la atención reproductiva humanización del parto

AÑO	TÍTULO	MINISTERIO	ACCESO
2008	Estrategia para la Atención al Parto Normal	Ministerio de Sanidad y Consumo	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf
2009	Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones	Ministerio de Sanidad y Política Social	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf
2010	Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal	Ministerio de Sanidad y Política Social	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf
	Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas	Ministerio de Sanidad y Política Social	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf
	Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares	Ministerio de Sanidad y Política Social	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

AÑO	TÍTULO	MINISTERIO	ACCESO
	Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Versión resumida	Ministerio de Sanidad y Política Social	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf
2011	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf
	IHAN. Calidad en la Asistencia Profesional al Nacimiento y la Lactancia	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	http://msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf
	El plan de parto y nacimiento	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf
2012	Maternidad y Salud: Ciencia, conciencia y experiencia	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf
2013	Pastilla contra el dolor de parto	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/PASTILLA_CDP.pdf
2014	Guía de práctica clínica de atención al embarazo y el puerperio	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaetsa/up/AETSA_2011_10_GPC_Embarazo.pdf
	Guía de práctica clínica de atención al embarazo y el puerperio. Versión resumida	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf

Tabla de elaboración propia

5.2.2. Marco funcional

El marco funcional o “lugar donde ocurren los fenómenos” es el domicilio de las parejas, ya que estas no desean acudir al hospital para dar a luz.

El domicilio

El domicilio es el lugar, espacio, sitio o emplazamiento en el que se produce el fenómeno de la decisión del parto en casa y donde las parejas desean que se produzca el nacimiento de su hijo/a. En este ámbito doméstico-familiar se acumulan y elaboran experiencias, se busca la coherencia entre las prácticas destinadas a resolver una situación y las creencias que dan sentido a los hechos (Rivera y Gallardo, 2005), al tiempo que es el lugar en el que transcurre la vida cotidiana, en la que los miembros de la unidad doméstica pueden controlar sus propios actos y su propia vida (Canals, 1996).

Situación mundial del parto domiciliario

El parto domiciliario es una práctica que está desigualmente distribuida a lo largo del mundo, observándose grandes diferencias regionales como se pone de manifiesto en el *Informe sobre la salud en el mundo. ¡Cada niño y cada madre contarán!*, elaborado por la OMS en el año 2005. Aunque, como se ha señalado anteriormente, se carece de registros en los que se refleje el lugar en el que se desea tener el parto, así no se puede distinguir entre aquellos partos planificados en el domicilio, los que se producen en él de forma accidental y los que se producen en el hospital sin desearlo (ACNM, 2005; AETSA 2007; Educuer, 2012).

En los países en vías de desarrollo puede darse la circunstancia de que el parto en el domicilio sea la única opción disponible (Butha, 2010; OMS, 1996), siendo difícil garantizar una asistencia adecuada en caso de complicaciones (Bhutta y otros, 2010; Ob Stare, 2001). Así, la mayoría de los partos se realizan en casa por la imposibilidad de acceder a un centro hospitalario debido a la larga distancia que hay hasta el hospital; a la carencia de recursos económicos o a las propias costumbres (Berry, 2006; Borda, 2001;

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Cossio, 2007; Das y otros, 2008; Kukulú y Öncel, 2009; Mrisho y otros, 2007; Otis y Brett, 2008; Tarqui y Barreda, 2005; Titaley y otros, 2010).

Este es mayoritario en Nepal (Brunson, 2010), en algunas zonas de Guatemala (Berry, 2006), de Bolivia (Cáceres, 2006), de Bangladesh (Barnett y otros, 2006) o en las zonas rurales de Tanzania (Kruk y otros, 2009). En Ghana la mitad de los partos se produce en el domicilio (Johnson y otros, 2009). Sin embargo, en la India, en algunas ciudades como Mumbai solo el 4 % de las mujeres dan a luz en casa (Das y otros, 2010) mientras que en otros distritos llegan al 37 % (Dasgupta y otros, 2006). En Colombia (Borda, 2001) el parto no institucional ha disminuido de forma sostenida y en el año 2000 las cifras bajaron al 12,3 %, al igual que el caso de Bogotá, que bajaron al 2,4 % (Profamilia, 2000).

En cambio, en casi todas las sociedades occidentales los partos suelen ocurrir en una institución hospitalaria y parir en casa se asocia al pasado (OMS, 1991), cuando solo se recomendaba la atención en el hospital en casos complicados y no había otra alternativa que ser atendida en el domicilio por comadronas o parteras con escasa o nula formación académica y con escasos medios y recursos (de la Torre, 2006a). El número de partos en el domicilio en la mayoría de los países desarrollados es muy bajo, con tasas inferiores al 1 %, (AETSA, 2007; Euro-peristat, 2013; QUAG, 2014) aunque progresivamente va ganado adeptos como consecuencia de un cambio en la concepción del proceso de parir (Lembo, 2009). Así, en Holanda el 30 % de los partos se realiza en casa (Hendrix, 2010) y en el Reino Unido se ha pasado del 2,6 % de partos domiciliarios en el año 2005 (Mora, 2007) al 8 % en el año 2010 (BECG, 2011).

Sin embargo, se observa una gran disparidad de cifras en un mismo país:

- En Italia el número de partos en casa va a depender de la región; así, el porcentaje es mayor en Piamonte, Emilia Romana, Marcas y Trentino, que disponen de una legislación que regula el reembolso de la atención al parto en el domicilio (AETSA, 2007).
- En el Reino Unido, aunque desde 1993 hay medidas de apoyo al parto domiciliario (DH, 1993, DH, 2007), la posibilidad de optar al mismo depende en muchas ocasiones de las actitudes del personal sanitario (NCT, 2009; Shawn y Kitzinger, 2005); así, se encuentran cifras que rondan el 1 % en Irlanda del Norte y en Escocia, del 3 % en Gales pero del 14 % en el oeste de Somerset (NCT, 2008), todas ellas muy lejos del compromiso del Gobierno de garantizar la opción del parto domiciliario a todas las

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

mujeres con embarazos de bajo riesgo para el 2009 (DH, 2007); lo que parece estar relacionado con la percepción de que este tiene más riesgo (MacKenzie y van Teijlingen, 2010).

En países como Francia, Bélgica, Alemania, Holanda, Reino Unido, Italia, Noruega y Dinamarca, los partos domiciliarios están incluidos en el sistema pública (AETSA, 2007), mientras que en España no lo está y en Hungría está penalizado (Educer, 2011).

En Estados Unidos el 99 % de las gestantes eligen dar a luz en una institución hospitalaria (Cheyney, 2005; McDorman y otros, 2013), pero cada año un número mayor de mujeres eligen dar a luz en el domicilio, así entre 2004 y 2010 el incremento ha sido del 41 % (MacDorman y otros, 2010). Algunos autores afirman que se debe principalmente al aumento del desempleo en EEUU y a la pérdida de cobertura sanitaria (Prown, s.f.), lo que obliga a estas mujeres a evitar la atención hospitalaria como consecuencia de sus elevados costes, ya que, mientras que un parto en el domicilio cuesta unos 1.500 dólares, el coste del parto hospitalario asciende a los 10.000 dólares (Gil, s.f.). Otros autores lo relacionan con el alto número de cesáreas que se da en una tercera parte de los partos y en 9 de cada 10 partos con cesárea anterior (The Lancet, 2010).

En Canadá los partos domiciliarios se incluyen en el sistema de la sanidad pública (Hutton y otros, 2009, pero solo un 1 % de los nacimientos ocurre en casa (Hutton y otros, 2009), aunque pueden llegar al 70 % de los partos en las zonas alejadas de las grandes ciudades (AETSA, 2007).

En Australia la atención al parto en casa es posible en algunas áreas de salud (Homer y Caplice, 2007), no siendo apoyada por el Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [RANZCOG] (2011). Tan solo el 0,5 % de los partos son en casa, de los cuáles el 0,3 % son programados y atendidos por profesionales (Laws y Hilder, 2008).

En México (Rodríguez, 2009) los partos a domicilio se incluyen en el sistema de la sanidad pública y en algunas zonas rurales, como en Chiapas, el 80 % de los partos se produce en los domicilios (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2009).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Todos estos datos se pueden ver más claramente en la Tabla 4, donde se resume la situación del parto en casa en algunos países, y en la Imagen 1, en la que se muestra la distribución del parto a nivel mundial.

Tabla 4 Situación del parto en casa en algunos países

PAIS	% PARTOS	PAIS	% PARTOS
AFGANISTÁN	88 % **	KAZAJSTÁN	2 % *
ALBANIA	6 % **	KENYA	60 % **
ALEMANIA	1,5 % *****	KIRGUISTÁN	4 % *
ARGELIA	8 % *	MALAWI	46 % *
ARMENIA	9 % *	MALI	76 % *
AZERBAYAN	26 % *	MARRUECOS	70 % *
BANGLADESH	94 % *	MAURITANIA	51 % *
BÉLGICA	1 % ***	MÉXICO	44,5 % *****
BENIN	22 % *	NAMIBIA	25 % *
BOLIVIA	8 % *****	NEPAL	91 % *
BRASIL	8 % *	NICARAGUA	34 % *
BURKINA FASO	62 % **	NIGER	82 % *
CANADÁ	1 % ***	NIGERIA	67 % **
CAMBOYA	90 % *	PAKISTÁN	83 % **
COLOMBIA	12,3 % *	PERÚ	43 % *
DINAMARCA	34 % ***	REINO UNIDO	8 % *****
EGIPTO	48 % *	R. CENTROAFRICANA	50 % *
ESPAÑA	0,30 % ***	R. DE MOLDOVA	1 % *
ESTADOS UNIDOS	1,5 % **	R. DOMINICANA	3 % *
ETIOPÍA	95 % *	R.U. DE TANZANÍA	58 % *
RUSIA	2 % *	RUMANÍA	2 % *
FILIPINAS	62 % **	RWANDA	74 % *
FRANCIA	1 % ***	SUDÁFRICA	15 % *
GABÓN	16 % *	SENEGAL	1 % *
GEORGIA	8 % *	TOGO	51 % *
GHANA	54 % **	TURKMENISTÁN	4 % *
GUATEMALA	58 % **	TURQUÍA	7 % *****
GUINEA	71 % *	UCRANÍA	1 % *
HAITÍ	82 % *	UGANDA	63 % *
HOLANDA	30 % *****	UZBEKISTÁN	6 % *
INDIA	60 % *	VIETNAM	21 % **
INDONESIA	60 % **	YEMEN	84 % *
IRLANDIA	0,5 % *****	ZAMBIA	17 % *
ITALIA	0,1 % **	ZIMBABWE	28 % *
JORDANIA	3 % **		

*Datos anteriores al año 2000 **Datos del año 2003 ***Datos de año 2007 *****Datos del año 2009 ***** Datos del 2012.

Tabla de elaboración propia. Fuentes: en el texto

Imagen 1. Distribución mundial del parto en el domicilio.



Imagen de elaboración propia. Fuentes: en el texto

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Situación del parto domiciliario en España

Como se ha señalado anteriormente, en España el número de nacimientos en casa se mantiene en torno al 0,3 % con una gran disparidad dependiendo del año y de la comunidad autónoma (INE, 2002-2012) (Tabla 5). Sin embargo, un 30 % de mujeres afirma que optaría por un parto natural, en el agua o en su domicilio (de la Torre, 2006a). Destacar que en la Comunidad Valenciana el número de partos en casa desde el año 2002 al año 2012 osciló entre los 82 del año 2009 y los 145 del año 2005, lo que supone un porcentaje del 0,16 y el 0,29 % respectivamente del total de los partos.

Tabla 5. Evolución del nº de partos en el domicilio (asistidos y no asistidos) y % de partos en casa en España y en algunas comunidades autónomas. Años 2003-2013

AÑO	PARTOS EN EL DOMICILIO	ESPAÑA	ANDALUCÍA	CATALUÑA	C VALENCIANA	MADRID
2003	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1250	205	402	119	110
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	223	25	79	14	10
	Total partos en el domicilio	1473	230	481	133	120
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,33 %	0,27 %	0,66 %	0,28 %	0,18 %
2004	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1327	264	357	134	138
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	168	28	45	4	12
	Total partos en el domicilio	1495	292	402	138	150
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,33 %	0,33 %	0,52 %	0,28 %	0,22 %
2005	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1555	302	412	129	224
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	179	22	57	16	17
	Total partos en el domicilio	1734	324	469	145	241
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,37 %	0,35 %	0,59 %	0,29 %	0,35 %
2006	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1502	298	469	123	152
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	226	23	88	9	15
	Total partos en el domicilio	1728	321	557	132	167
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,36 %	0,34 %	0,68 %	0,25 %	0,23 %
2007	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1211	173	412	87	156
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	203	38	29
	Total partos en el domicilio	1414	173	412	125	185
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,29 %	0,18 %	0,49 %	0,23 %	0,25 %
2008	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1125	158	382	81	140
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	251	..	93	19	27
	Total partos en el domicilio	1376	158	475	100	167
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,26 %	0,16 %	0,53 %	0,18 %	0,21 %
2009	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1128	152	366	71	161
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	174	..	48	11	26

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

	Total partos en el domicilio	1302	152	414	82	187
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,26 %	0,16 %	0,49 %	0,16%	0,25 %
2010	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1103	153	352	78	148
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	195	..	65	20	19
	Total partos en el domicilio	1298	153	417	98	167
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,27 %	0,17 %	0,49 %	0,19 %	0,23%
2011	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1114	169	359	74	132
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	220	25	57	21	31
	Total partos en el domicilio	1334	194	416	95	163
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,28 %	0,22 %	0,51 %	0,19 %	0,23 %
2012	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1103	154	336	72	130
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	231	28	46	15	32
	Total partos en el domicilio	1334	182	382	87	162
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,29 %	0,21 %	0,49 %	0,18 %	0,23 %
2013	Asistido por personal sanitario en el domicilio	1104	153	393	58	125
	No asistido por personal sanitario en el domicilio	219	29	57	18	29
	Total partos en el domicilio	1323	182	450	76	154
	Porcentaje parto en casa sobre el total de partos	0,32 %	0,23 %	0,64 %	0,18 %	0,24

Tabla de elaboración propia. Fuente: INE. Partos en España. 2003 al 2013

En la provincia de Alicante el número de partos en el domicilio fluctuó entre los 65 del año 2005 y los 27 de los años 2007 y 2010 (0,36 % y 0,15 % respectivamente del total de los partos) (Tabla 6).

Tabla 6. Evolución del nº de partos en el domicilio (asistidos y no asistidos) y % de partos en la provincia de Alicante. Años 2002-2013

AÑO	ASISTIDO POR PERSONAL SANITARIO EN EL DOMICILIO	NO ASISTIDO POR PERSONAL SANITARIO EN EL DOMICILIO	TOTAL DE PARTOS EN EL DOMICILIO	PORCENTAJE DEL TOTAL DE PARTOS
2002	42	8	50	0,32 %
2003	54	8	62	0,36 %
2004	49	1	50	0,28 %
2005	55	10	65	0,36 %
2006	42	1	43	0,23 %
2007	23	5	28	0,15 %
2008	27	6	33	0,16 %
2009	31	1	32	0,17 %
2010	27	9	36	0,20 %
2011	30	7	37	0,21 %
2012	31	3	34	0,20 %
2013	18	3	21	0,13 %

Tabla de elaboración propia. Fuente: INE. Partos en España. 2002 al 2013

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Anteriormente ya se ha indicado que en España, no se registra la intención de las parejas sobre el lugar elegido para el desarrollo de su parto, por lo que no es posible dar cifras exactas sobre el número de partos planificados en casa (Educer, 2012). A través de los datos del Instituto Nacional de Estadística se tiene acceso a las cifras de los partos realizados en el hospital y a los que se producen en el domicilio con y sin asistencia sanitaria. Sin embargo desde el año 2012, Educer presenta un informe anual en el que, a partir de los últimos datos estadísticos disponibles, realiza una aproximación cuantitativa al número de partos domiciliarios planificados (Imagen 2).

Imagen 2. Estimación de los partos planificado en casa por provincias. Datos 2012

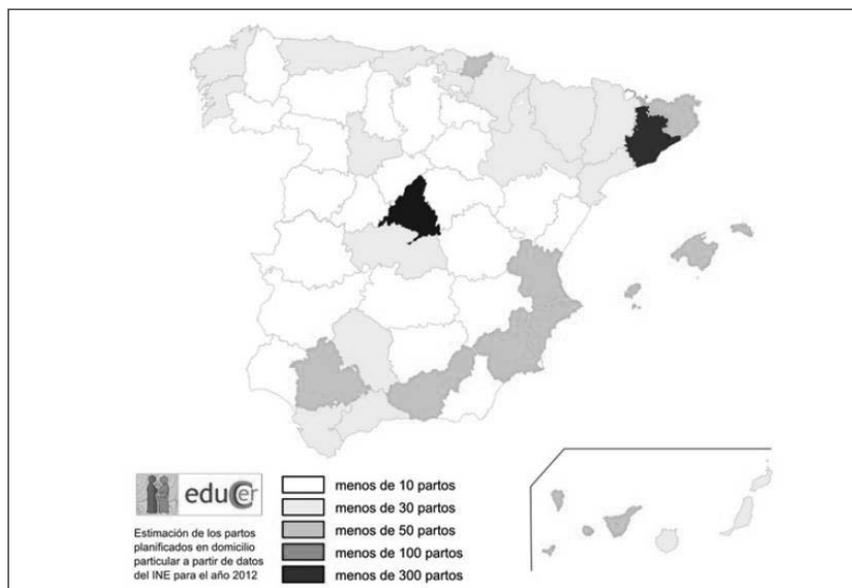


Imagen elaborado por Educer (2014) a partir de los datos del INE (2013)

El hospital

La atención sanitaria del parto en España se puede situar en un modelo intervencionista institucionalizado (MSYC, 2008), en el que el parto se produce en el hospital y más concretamente en la maternidad hospitalaria, atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados/as.

El hospital es “el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia” (MSSSI, 2014). En el caso de que el centro dedique su actividad fundamentalmente a obstetricia y/o pediatría, se le considera hospital maternal y/o infantil (MSYC, 2008).

La maternidad hospitalaria se define como “el espacio en el que se ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y nacimiento, con locales, instalaciones y equipamiento necesarios para la actividad estimada, por parte del equipo multiprofesional, garantizando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad” (Ministerio de Sanidad y Consumo [MSYC], 2009:62).

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles, representando el 14 % de las hospitalizaciones y el 7 % de las estancias hospitalarias (MSYC, 2008). En 2008, la dotación de paritorios era de 742, lo que supone disponer de 1,6 por cada mil partos (MSYC, 2008). Y como se afirma en la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (2008), el Paritorio es el único servicio hospitalario que trabaja mayoritariamente con población sana y donde el ingreso se produce para llevar a cabo un evento biológicamente natural como es el parto/nacimiento de un/a hijo/a.

En España, la mayoría de las mujeres afirma que desean que el parto se produzca en el hospital, no habiéndose planteado otras opciones (De la Torre, 2006b). Aunque la atención hospitalaria se desarrolla con criterios de seguridad y calidad, hay un sentimiento generalizado de que es necesario mejorar los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las madres en el proceso (MSSSI, 2008). Si este se produce en el domicilio, las mujeres manifiestan resistencias ante el modelo médico hegemónico (Borda, 2001), desean recibir cuidados basados en la evidencia científica y están más dispuestas a aceptar la responsabilidad en el mantenimiento de su salud (Cunningham, 1993). Tienen claro que no se trata de volver al pasado, sino de recuperar la confianza en la naturaleza

(Gulluscio, 2006; Miller y Skinner, 2012) y adjudicar a la tecnología el lugar que le corresponde, que es el de las complicaciones (Gulluscio, 2006).

5.2.3. Elemento funcional

En esta investigación, el elemento funcional o “actores sociales” está constituido por la mujer y su pareja y por los/las profesionales sanitarios/as que les acompañan y que, dependiendo de si apoyan o no el parto en el domicilio, van a tener diferentes papeles.

Mujer: feminidad/ maternidad

Se entiende por feminidad a “lo que implica ser mujer” (Cuevas, 2009), se extiende a todos sus ámbitos y se manifiesta en todas sus dimensiones: fisiológica, psicológica y espiritual (Calvo, 2009). Téllez (2008) define la feminidad de forma similar a como Jociles (2001) define la masculinidad: “como el conjunto de conductas, símbolos, ideas, valores y normas de comportamientos generadas en torno a la diferencia sexual de hombres y mujeres”. Así, estas son pacientes, detallistas, emocionales y serviciales (Narotzky, 1998) y son vistas fundamentalmente como madres y reproductoras (Téllez y Heras, 2008) por lo que se les asigna el cuidado de los hijos, la protección del hogar y la atención de su pareja (Schwarz, 2005). Nuestra sociedad establece una relación simple entre género y naturaleza y asume que las mujeres lo son de nacimiento, confirmándose con la menarquia y la maternidad. (Téllez, 2008).

Por lo tanto, al hablar de maternidad se está definiendo “una de las principales características de la feminidad” (Téllez, 2008) lo que lleva a que la mujer no se sienta «realizada» o teniendo «una vida plena», hasta que no llega a ella (Téllez y Heras, 2008). Bogino (2010) afirma que coexisten dos significados: la relación potencial de cualquier mujer con su capacidad de reproducción (biológica, social y cultural) o «maternidad como experiencia vivida»; y la «maternidad como institución» cuyo principal objetivo será asegurar que ese potencial de reproducción permanezca bajo el control masculino.

Esta es una construcción cultural en la que prima el proceso socializador por encima del biológico (Téllez, 2008), interaccionan diversos campos: socioeconómico, político, cultural

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

y biológico (Téllez y Heras, 2008) y se acompaña de prácticas y representaciones sociales cuyo objetivo es ubicar a las mujeres en el orden social establecido y subordinado a los hombres (Téllez, 2008) aunque los factores sociales y culturales en muchas ocasiones son invisibles, tanto para la población general, como para los sanitarios y científicos sociales (Téllez y Heras, 2008).

La representación de la maternidad ha ido modificándose a lo largo de los años. Así, en el siglo XVIII venía dominada por el sufrimiento de los dolores del parto y hoy viene caracterizada por el riesgo, siendo el embarazo el lugar idóneo de su control (Imaz, 2001). Igualmente, significa una disponibilidad permanente que abarca no solo a la gestación y el acto de parir, sino que se prolonga de forma ilimitada debido a la consideración de una unión simbólica especial que liga a la mujer con sus hijos durante toda su vida (Téllez, 2008).

Hombre: masculinidad/ paternidad

Debido a que tradicionalmente los temas relativos a la salud reproductiva han sido considerados asuntos exclusivamente femeninos, hasta hace muy pocos años no se prestó atención al rol de los varones ni se los incluyó en dichos los programas de salud (Sadler, 2003; Sadler, 2004).

La importancia de la participación masculina en la misma se puso de manifiesto en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 organizada por Naciones Unidas, en la que junto con las conclusiones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995) se sentaron las bases para su inclusión en los esfuerzos por mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Así, en las sociedades occidentales, el papel del padre ha ido experimentando profundas transformaciones, evolucionando desde un reparto de roles más rígido y sexista hasta uno más igualitario y compartido (Lafuente y Aparici, 2009) en los que el embarazo, nacimiento y crianza son asumidos como parte importante en sus vidas (Montes, 2007) y en la vida de los hijos/as (Ohme, 2007; RCM, 2011).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Entendemos por masculinidad “la construcción social y cultural compuesta de unas normas, valores, significados, códigos de conducta, estereotipos y roles que rigen el comportamiento, las actitudes y expectativas de los hombres de esa sociedad” (Bergara y otros, 2008; Figueroa y Franzoni, 2011), en definitiva funcionan como ideales y mandatos sociales que pautan lo que los hombres «deben ser» (Sadler, 2004) y les ayuda a ubicarse en el mapa social (Guasch, 2008). Gutman (1998) la entiende como “cualquier cosa que los hombres piensen y hagan y todo lo que los hombres piensen y hagan para ser hombres”.

Sus características no son innatas ni naturales, sino que son aprendidas y sociales (Beragra y otros, 2008; Guasch, 2008) y se perpetúan a través de instituciones como la familia, la escuela, el Estado y el lugar de trabajo entre otros (Nascimento y Segundo, 2011). Guasch (2008) afirma que el concepto de masculinidad es un producto occidental que todavía está en proceso de elaboración tanto teórica como política y social y que no puede extrapolarse sin más a todas partes, ya que no genera preocupación en otras zonas del planeta.

Existe un modelo hegemónico de masculinidad o modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica (Bonino, 2002) para cada sociedad y momento histórico (Bergara y otros, 2008; Pescadoras, 2011), que no es estática sino que se mueve frente a los cambios estructurales, culturales y sociales (Figueroa y Franzoni, 2011). Igualmente, hay una gran diversidad de identidades masculinas y maneras de ser hombres (Bergara y otros, 2008; Pescadoras, 2011) que están condicionadas por la edad, la clase social, la etnia y la condición u opción sexual (Bergara y otros, 2008; Guasch, 2008). Las características que deben tener son fuerza, competencia, destreza, control, racionalidad y autoridad (Figueroa y Franzoni, 2011). Cuando son adultos tienen que ser pareja y padre; proveedores, protectores y soporte; responsables; saber dominar las circunstancias y negarse a sí en función de la familia (Bonino, 2002; Figueroa y Franzoni, 2011). Pero en los últimos años han aparecido nuevos patrones de masculinidad o nuevas masculinidades. Son hombres que se cuestionan el corsé emocional, vivencial y comunicacional que la masculinidad hegemónica ha impregnado en ellos y sobre todo se cuestionan el enorme poder que les permite ejercer y la desigualdad que ello crea (López, 1997). En los mismos destaca el mundo emocional y la escucha solidaria y empática, son más igualitarios y asumen mayores responsabilidades hacia el cuidado de los/as demás (Bergara y otros, 2008).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

El modelo de masculinidad y el de paternidad están directamente relacionados, de tal modo que los cambios en uno de ellos suponen cambios en el otro. Ser padre es un proceso gradual que comienza con la decisión de tener y hacerse cargo de un niño/a (Oberman, 1994). La paternidad “es el proceso psico-afectivo por el cual un hombre realiza una serie de actividades en lo concerniente a concebir, proteger, aprovisionar y criar a cada uno de sus hijos/as, jugando un importante y único rol en el desarrollo del mismo distinto al de la madre” (Oberman, 1994). Este proceso está influido tanto por las condiciones históricas y culturales (Oberman, 1994) como por la historia personal del hombre, su actualidad y sus vivencias con el/la recién nacido/a (Nieri, 2012). En el modelo de nuevas paternidades se reconocen las emociones y sentimientos que generan su relación con los hijos/as y la pareja y son capaces de percibir en mayor grado las necesidades de estos/as (Figueroa y Franzoni, 2011). Así, el padre se involucra más en el embarazo, en el parto y en el cuidado y crianza de los hijos/as (De Keijzer, 2003; Nieri, 2012; Oberman, 1999) sosteniéndolos emocionalmente y dándoles identidad, amor, cuidado y seguridad (Nieri, 2012).

El papel del padre en el proceso obstétrico está poco visibilizado y su participación en este se contempla más como un derecho de la madre que como un derecho propio (MSSSI; 2008). De hecho, en el seguimiento del embarazo se le sigue considerando únicamente como un factor de riesgo, ya que sus antecedentes de enfermedades pueden repercutir en el feto y su presencia o ausencia pueden afectar a la gestante (MSSSI, 2008).

Aunque Odent (2009) no está de acuerdo con la presencia del padre durante el nacimiento, parece necesario acercarse a los hombres como algo más que las parejas de las mujeres, como personas individuales que tienen sus propias historias que contar (De Keijzer, 2003). Así, Sadler (2004), en su tesis *Los hombres también se emocionan*, destaca la importancia de conocer la participación y la vivencia del parto por parte de los padres. Sin embargo, estos aspectos han sido poco analizado (Maroto y otros, 2009).

Los/as profesionales

La mayoría de profesionales consideran que el embarazo y el parto son una enfermedad que requiere control médico (Blázquez, 2005); que el parto debe ser atendido en el hospital (RANZCOG, 2009; Fernández, 2009; González y Buñuel; 2010; Martínez-Escoriza, 2010); que el cuidado de un parto normal debe ser igual que el de uno complicado ya que un

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

nacimiento solo puede ser declarado normal retrospectivamente (OMS,1996) y que preservar la vida materna y la del niño solo se logra en un hospital (Bajo, 2007; Dahlen, 2010; SEGO, 2008). Por su parte, Wagner (2000) asegura que entre los/as profesionales existe la creencia de que la progresiva disminución de la tasa de mortalidad perinatal se debe exclusivamente a que han mejorado los servicios de obstetricia y a la política de que las mujeres den a luz en los hospitales.

Es por todo ello que, cuando se plantea la posibilidad del parto en el domicilio, dicha opción se desaconseja.

Así, en España, Bajo, el presidente de la SEGO (2008:1), afirma que dado que en el parto hay en juego vidas humanas, hay que “*dejarse de aventuras y minimizar los riesgos*”. A su vez, Martínez-Escoriza (2010) argumenta que en nuestro entorno pocas mujeres cumplen los requisitos necesarios para que el parto se produzca en casa y González (2003) alega que en caso de ser necesario el traslado al hospital puede haber dificultades para llegar debido a las condiciones del tráfico y a las características de la red de carreteras. Igualmente, Clavero (2008:1) manifiesta que: “*Desgraciadamente, el «milagro» holandés no ha podido ser copiado*”.

También se oponen a dicha opción distintas asociaciones profesionales como el American College of Obstetricians and Gynecologists (2011) y el Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (2009), así como numerosos investigadores (Chervenak y otros, 2011; Chervenak y otros, 2013; Evers y otros, 2010; Grünebaum y otros, 2013; Kennare y otros, 2010; Wax y otros, 2010).

Tanto Wagner (2000) como Fernández (2003) afirman que esta fuerte reacción por parte la clase médica se debe a que estas iniciativas son consideradas una seria amenaza al monopolio médico en la atención maternal, ya que se ponen en peligro el control, el estatus y en muchos casos los beneficios financieros que repercuten en los/as obstetras.

Por otra parte, Dahlen (2010) señala que estas críticas al parto en casa se deben más al miedo creado por creencias erróneas que por causas reales, y Wagner (2006) las enumera asegurando que las mismas se mantienen porque pocos obstetras han asistido a un parto extra-hospitalario. La primera de estas ideas es que los problemas ocurren de manera imprevista en los partos, cuando en realidad las emergencias donde los segundos cuentan son muy raras. La segunda es que, cuando surgen los problemas, no hay nada que se pueda

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

hacer fuera del hospital, cuando con muy pocas excepciones puede hacerse lo mismo y, por último, la tercera es que en el hospital se puede actuar más rápido, pero incluso en el caso de indicarse una cesárea urgente, se necesitan unos 20 minutos para prepararla y durante ese tiempo la mujer, en caso de estar en su casa, puede llegar al hospital y ser atendida directamente en quirófano (Wagner, 2000).

A pesar de que para buena parte de la clase médica nacer en casa es un imprudente regreso al pasado (de la Torre, 2006a), hay profesionales que asisten partos en el domicilio. Así, apoyan dicha opción en mujeres sanas de bajo riesgo las siguientes asociaciones: Canadian Association of Midwives (2013), American College of Nurse-Midwives (sf, 2005), Midwives Alliance of North America (2012), New York State Association of Licensed Midwives (2011), Nursing Midwifery Council (2006), Association for Improvements in the Maternity (s.f.), American Public Health Association (2001), Coalition for Improving Maternity Services (1996), International Confederation of Midwives (2011), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y Royal College of Midwives (2007) y Midwives Association of Washington State (sf, 2008).

Igualmente, en el congreso celebrado por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) en Pamplona, se llegó al acuerdo de *“buscar que se incluya el parto en el domicilio dentro del sistema público sanitario”* (FAME, 2013: 1). Y el National Institute for Health and Care Excellence (2014), ha publicado su guía de cuidados en el parto en el que se recomienda que la realización del mismo en el domicilio sea la primera opción en el caso de múltiparas con embarazos de bajo riesgo.

Cuando el parto pasó a ser mayoritariamente hospitalario, muy pocas profesionales lo realizaban en el domicilio. Una de las matronas que siguió asistiendo partos en casa fue Consuelo Ruiz Vélez-Frías (1917-2005) autora del libro *El parto sin dolor* (1955), por el cual fue vetada en España para el trabajo de matrona por su osadía de pretender enseñar a las mujeres a parir naturalmente (Ob Stare, 2012). Años más tarde, continuó su labor acompañada del matrnón Jesús Sanz (Sanz, 2012) y posteriormente de Emilio Santos (obstetra), quien fue «las manos» de Consuelo, ya que esta había sufrido una apoplejía que la tenía impedida (Santos, 2012).

A finales de los años 70 y principios de los 80, solo en los pueblos las «matronas de toda la vida» seguían realizando partos en casa. Pero en las grandes ciudades unos pocos/as

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

profesionales formados/as en el modelo tecnocrático pensaron que se podía dar a luz de otra manera, y empezaron a acompañar nacimientos en el domicilio y uniéndose al movimiento internacional promovido por distintos profesionales como el Dr. Ploquin, el Dr. Lamaze o el Dr. Odent (Vidal, 2008; Montes, 2007) (Anexo 3).

Igualmente, a principios de 1988 se creó la Asociación Nacer en Casa con el objetivo de aglutinar a los/as profesionales que en ese momento trabajaban en favor de recuperar el nacimiento domiciliario y que actualmente acoge al 90 % de los/as mismos/as de todo el estado. Muchos/as de ellos/as prestan su asistencia como miembros de distintos grupos: Titania (Barcelona), Génesis (Madrid), Ocean Comadronas (Granada), Néixer a casa (Barcelona), Mujeres Sabias, Nacimientos Acuarianos (Valencia), en la Décima Luna (Madrid), Illitia (Madrid) y seguramente algunos más. Pero, aunque el número de profesionales es creciente, la oferta es muy desigual y no llega a todos los lugares de España.

Estos/as profesionales consideran el parto en casa como una forma de reivindicar la experiencia del nacimiento (Kitzinger, 1993), de recuperar el dominio del proceso reproductivo por parte de las mujeres (La colectiva del libro de salud de las mujeres de Boston, 1981) y de que en el mismo el protagonismo sea del/la recién nacido/a, la madre y su pareja (García-Carabantes, 2006). Confían plenamente en su habilidad e intuición (Vedam y otros, 2009; Hunter, 2008), están convencidas/os de la seguridad del parto en casa (Vedam y otros, 2009) y consideran que un aspecto importante en la atención es no molestar el proceso (Blix, 2011) respetando el ritmo de cada mujer (García-Carabantes, 2006) y acompañándola en su proceso (Romero y otros; 2013). Igualmente luchan para que el nacimiento domiciliario se incorpore al sistema sanitario público español de modo que sea gratuito y asequible para toda la población (de la Torre, 2006b).

Son distintos los factores que favorecen que las matronas apoyen al parto en casa, como ser joven o haber tenido formación o experiencia en el mismo (Bond, 2010; Vedam y otros, 2010). En cambio, lo entorpecen las restricciones financieras, la dificultad para acceder al apoyo médico y el temor a las críticas (Vedam y otros, 2010), así como el que sea considerado una actividad ilegal (Lembo, 2009; McLachlan y Forster, 2009).

Son muy conscientes del rechazo que suscitan y así, las profesionales de la Asociación Nacer en Casa se defienden afirmando que: *“No somos unas locas trabajando solas, somos*

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

profesionales formadas para atender partos normales... Nuestro trabajo es estar con la madre y ayudar a la mujer a parir como su cuerpo sabe” (2007:1).

En la formación de ginecólogos/as y matronas en España no está incluida la atención al parto domiciliario planificado (MSYPS, 2009). Por lo que los/as profesionales que desean formarse en esta práctica tienen que recurrir a la enseñanza privada de posgrado como la que ofrecen desde el año 2010 la Associació Catalana de Llevadores o desde el 2013 Educerc.

Capítulo VI

Material y Métodos

6.1. Diseño del estudio

Esta investigación se apoyó en la metodología cualitativa y, más concretamente, en la etnografía.

Los métodos cualitativos permiten “*conseguir la comprensión amplia y la visión profunda de un fenómeno*” (Lincoln, 1997:2) en contraste con los datos taquigráficos o reduccionistas de los métodos cuantitativos que tienen como finalidad la representatividad estadística o la medición de resultados (Lincoln, 1997).

Con ellos se ha podido estudiar el fenómeno de la decisión del parto en casa de una manera holística (Lincoln, 1997; Taylor y Bogdan, 1992), entenderlo dentro de su contexto y comprender el significado que los/as entrevistados/as daban al mismo (Ruiz-Olabuénaga, 2003, Siles y otros, 2005) descubriendo con ello el sentido y la lógica de dicha elección (Rueda, 1998).

Estos métodos también ayudan a estudiar fenómenos de los que se sabe poco (Delgado y Gutiérrez, 1995) o tienen una gran carga de estereotipos o prejuicios asociados (March y otros, 2002), tal y como sucede con la decisión del parto domiciliario, que es una opción que ha sido insuficientemente estudiada en nuestro país, que es elegida por pocas parejas y va asociada a una fuerte crítica social.

Los métodos cualitativos aportan múltiples opciones metodológicas para acercarse al ámbito de estudio (Morse, 2000). Entre ellos se seleccionó la etnografía que resulta idónea para estudiar los fenómenos complejos que inciden en las situaciones de vida-salud-enfermedad (Siles y otros, 2005).

El propósito esencial u objetivo de la investigación etnográfica es comprender a un grupo humano que tiene algo en común (Boyle, 2005; De la Cuesta, 2006). En este estudio, el hecho que compartieron estas parejas fue su decisión de tener el parto en el domicilio.

La etnografía nos ha permitido conocer el punto de vista de estas parejas (Lipson, 2005) y describir e interpretar su comportamiento cultural (Wolcott, 1993), logrando un conocimiento profundo de los motivos y las circunstancias que les llevaron a decidir el parto en casa (Boyle, 2005). En definitiva, saber cómo son, viven, piensan y ven el mundo (Jociles, 1999) para lo cual se realizaron preguntas descriptivas sobre valores, creencias y

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

prácticas (De la Cuesta, 2008) y se realizaron descripciones densas, de modo que los datos representaran los múltiples matices de la realidad (Velasco y Díaz de la Rada, 2003)

El término etnografía alude tanto a un proceso metodológico como a un producto (De la Cuesta, 2006) y en esta investigación se plantearon ambas posibilidades:

- Como proceso se refiere a los procedimientos empleados, que son sumamente flexibles, lo que nos permitió abordar una misma realidad desde tantas facetas como fuera posible (Jociles, 1999).
- Como producto tenía una intencionalidad y buscaba unos resultados. Así, Boyle (2005) afirma que los ensayos, los trabajos metodológicos, y hasta las películas y fotografías son productos etnográficos. Por lo tanto, se planteó el objetivo de obtener una monografía sobre el grupo estudiado (Agar, 1980), la cual constituye el presente documento. Además, se han realizado ponencias y posters y se han presentado distintos artículos a revistas científicas (Anexo 4).

El aporte más valioso de la etnografía es la reflexividad (Boyle, 2005) o “interpretación y explicación que el investigador hace de los eventos en los que se introduce para estudiarlos” (Balcázar y otros, 2006), lo que hace que la misma sea más que una simple descripción, sea una explicación conceptual o teórica que resulta de la combinación del punto de vista del informante o emic y del punto de vista del investigador o etic (Boyle, 2005). Por ello, a lo largo de toda la investigación se tuvo en cuenta que la investigadora actuaba como testigo e instrumento de indagación a la vez que formaba parte del mundo que investigaba (Ruiz-Olabuénaga, 2003) sobre el cual influía al mismo tiempo que se veía influido por él (Hammersley y Atkinson, 1994).

Según Muecke (2005) existen dos tipos fundamentales de etnografía, las etnografías antropológicas y las etnografías enfocadas. Las antropológicas, surgen de la antropología académica mientras que las enfocadas han surgido sobre todo en las ciencias de la salud y el trabajo social (Muecke, 2005). Estas últimas son etnografías que se realizan con una pregunta específica y con el propósito claro de que sean aplicadas (Boyle, 2005).

Dado que se planteó una pregunta concreta y se quería conseguir una aplicación del conocimiento obtenido, esta etnografía se considera como enfocada y nos ha permitido dar respuesta a las preguntas de investigación: ¿Qué elementos influyen en las parejas que

deciden realizar el parto en el domicilio? y ¿cuáles son las prácticas que estas parejas llevan a cabo para poder realizarlo?

6.2. Ámbito de estudio: datos de la provincia de Alicante

El estudio se desarrolló en la provincia de Alicante, que en el año 2013 contaba con 1.945.642 habitantes (INE, 2012); es la cuarta provincia con más habitantes de España y la más densamente poblada de la Comunidad Valenciana. Su población se encuentra distribuida de una forma bastante uniforme por toda la provincia, presentando densidades de población superiores a los 50 hab/km² en todas las comarcas. En el año 2013, el 24,3 % de la población era de nacionalidad extranjera (ASTI, 2013), lo que supone el mayor porcentaje de todas las provincias españolas y prácticamente el doble de la media española (12,1 % de extranjeros), que proceden de más de 100 naciones distintas. Esta gran variedad de culturas que conviven en la provincia de Alicante hace que se encuentren formas muy diferentes de entender y vivir la maternidad.

La población emigrante ha contribuido durante muchos años al aumento de la natalidad, pero esta ha disminuido desde que comenzó la crisis, así, en el 2013 el número de nacimientos descendió en un 17 % (ASTI, 2013). Hay que destacar la existencia de emigrantes no legalizadas, que tienen derecho a asistencia sanitaria gratuita en el embarazo, parto y postparto (ASTI, 2013).

La red sanitaria está compuesta de 172 centros de salud, 352 consultorios, 9 hospitales públicos, de los cuales están gestionados por la Agencia Valenciana de Salud: los hospitales generales de Alicante, San Juan, Elche, Elda, Alcoy, Villajoyosa y Orihuela y el Hospital de San Vicente del Raspeig y tres hospitales públicos con gestión privada: los hospitales generales del Vinalopó, de Denia y de Torrevieja. También hay varios hospitales privados destacando el Perpetuo Socorro, la Clínica Vistahermosa y Medimar en Alicante; el Hospital Imed de Elche; el de Levante y el Hospital Clínica en Benidorm, el Hospital San Jaime de Torrevieja y por último el Hospital Acuario en Beniarbeig que en el año 2014 ha cerrado su casa de partos.

6.3. Participantes

Dado que esta investigación está relacionada con la vivencia de la decisión del parto en casa era preciso contactar y entrevistar a mujeres y sus parejas que hubieran vivido dicha experiencia.

Así, se incluyeron a mujeres que hubieran tenido al menos un hijo/a en casa, independientemente del tiempo transcurrido desde que se produjo el parto. También a las parejas (marido, novio, pareja o compañero) de estas mujeres en el momento del nacimiento. Siendo preciso que fueran capaces de comunicarse sin dificultades con la investigadora, excluyendo por tanto a los/as que no hablaran español.

Para la obtención de la información se contó con dos tipos de informantes (Galeano, 2004): porteros/as y protagonistas.

- El portero/a es la persona que por su conocimiento de los actores sociales, contextos y situaciones sirve para que el investigador acceda a los grupos y escenarios (Galeano, 2004), ayuda en el proceso de selección de participantes y además puede ser un informante clave (Monistrol, 2007). Para la realización de esta investigación se pensó que los porteros/as fueran los/as profesionales que atienden partos en el domicilio en la provincia de Alicante, que en el momento de iniciar la investigación eran dos obstetras. Se les presentó una carta solicitando su colaboración (Anexo 5). Igualmente la investigadora actuó como portera debido a su conocimiento de algunas parejas que habían tenido el parto en casa.
- Los/as protagonistas son los interlocutores que hablan desde sus propias experiencias y vivencias (Galeano, 2004). Se buscaron personas capaces de proporcionar información sobre la decisión del parto en casa que nos permitiera conocer, interpretar y analizar diferentes perspectivas (March, Prieto, Hernán y Solas, 2002), sin buscar la representatividad estadística proporcionada por las muestras probabilísticas (March y otros, 2002; Menéndez y di Pardo, 1996; Vallés, 2003).

Se entrevistó a un total de 21 personas, 12 mujeres y 11 hombres, dado que la pareja de una de las entrevistadas declinó participar en la investigación, se obtuvieron 21 entrevistas en profundidad, dos historias de vida y cinco relatos escritos.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

A continuación se enumeran los/as participantes en el estudio y se detallan sus características sociodemográficas (Tabla 7). Para la presentación de los hallazgos se decidió dar a cada uno/a de los/as participantes un nombre ficticio, por considerarlo menos impersonal que un número o código.

- [E01]-Manoli: pareja de [E04]. Fisioterapeuta y doctorada en Osteopatía. Tuvo sus dos hijas en su domicilio, tenía claro desde el primer momento que no quería ir al hospital de la sanidad pública. El segundo parto fue tan rápido que cuando llegó la ginecóloga la niña ya había nacido. El embarazo fue seguido por la pública y por la privada (Clínica Acuario/ Dra. Fontanillo). Realizó educación maternal en el centro de salud. Fue asistida por la Dra. Fontanillo. Informó a la matrona del centro de salud de su decisión del parto en casa en ambos partos, pero no informó al ginecólogo del sistema público ni a familiares y amigos/as. A los dos días de su segundo parto en casa acudió al hospital de referencia para que revisaran a la niña por un trastorno genético, donde fue criticada por su decisión del parto en casa. En caso de traslado irían al hospital de referencia o a la Clínica Vistahermosa en Alicante.
- [E04]-Álex: pareja de [E01]. Licenciado en Económicas. Contable. Tuvo dudas al principio, pero tras informarse apoyó la idea del parto en casa. Habló con la Cruz Roja por si era necesario un traslado.
- [E02]-Candela: pareja de [E03]. Enfermera y antropóloga. Ha tenido dos hijas. El primer parto fue en su domicilio y fue un parto libre, asistida por su pareja, en quien confiaba plenamente. Unos días después del parto tuvo una hemorragia y tuvo que acudir al hospital donde se le diagnosticó retención de placenta y se mostraron sorprendidos de que el parto hubiera sido en casa, pensando que fue porque no les había dado tiempo a llegar al hospital. En el segundo parto, dado que Dante no lograba escuchar el latido cardiaco fetal decidieron acudir al Hospital de Alicante, donde fue asistida por Dante. Sus embarazos fueron seguidos por los ginecólogos de su centro de trabajo, a los que no informaron de su decisión. Tampoco se lo dijeron a la familia, tan solo a alguna compañera de trabajo. En esos años no se hacía educación maternal. En caso de traslado irían a la Clínica de Benidorm o al Hospital de Alicante en su propio coche.
- [E03]-Dante: pareja de [E02]. Enfermero y antropólogo. Apoyó a su pareja desde el primer momento. No informó a nadie de su decisión del parto en casa. En el segundo parto refiere que el miedo que le había transmitido su suegra influyó para ir al hospital.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- [E05]-Alicia: pareja de [E06]. Administrativa. Trabaja de recepcionista/secretaria en la consulta de su pareja. Dos partos, el primero en el hospital en el que tuvo una experiencia muy negativa, el segundo en su domicilio. Embarazo controlado en la sanidad privada. En el segundo embarazo acudió a la educación maternal en la sanidad pública. Informó al ginecólogo privado de su decisión del parto en casa quien lo puso en contacto con la matrona que la asistió: Nieves Teresa Gisbert. Informó «a todo el mundo». En caso de ser necesario acudirían a la Clínica Vistahermosa en su propio coche.
- [E06]-Santi: pareja de [E05]. Médico homeópata. Al principio no apoyaba la decisión de su mujer, pero tras informarse y contactar con la matrona, esta le convenció tanto que pensó que era lo mejor.
- [E07]- Amanda: expareja de [E08]. Matrona. Trabaja en un centro sanitario público y durante un tiempo asistió partos en casa. Tuvo sus dos primeros partos en el hospital y en su tercer embarazo decidió tenerlo en casa «porque quería vivir esa experiencia». El embarazo fue controlado en el hospital en el que trabajaba. No informó a nadie de su decisión. Fue atendida por la matrona del pueblo, de la que era amiga. En caso de ser necesario acudirían al Hospital en el que trabajaba.
- [E08]: ex-pareja de [E07] que declina participar. Es médico. Apoyó a su mujer desde el primer momento.
- [E09]-Enya: pareja de [E10]. Trabajadora social. Tienen tres hijas. El seguimiento de todos los embarazo fue privado, con la Dra. Alicia Fontanillo, la misma que la atendió en todos los partos. Sus dos primeros partos fueron en la Clínica Vistahermosa, en el segundo embarazo ya se planteó el parto en casa, pero no se atrevió. Por fin, en el tercero se decidió. En caso de ser necesario acudirían a la Clínica Vistahermosa. Se lo dijo a algunos/as amigos/as.
- [E10]-Alberto: pareja de [E09]. Trabajador Social. Apoyó a su pareja desde el primer momento. Fue al centro de salud y hospital tras el parto para conseguir los informes para el registro y fue criticado por su decisión.
- [E11]-Mati: pareja de [E12]. Genetista. Trabaja en una universidad pública. Tiene tres hijas. El primer parto fue en el hospital de la sanidad pública, en el que tuvo una experiencia muy negativa, por lo que decidió que el siguiente sería en casa. El segundo fue en su domicilio acompañada por la matrona de Sax, el tercero fue en el hospital, ya que no pudieron localizarla. El seguimiento del embarazo fue por un ginecólogo privado al que no informaron de su decisión. Tan solo se lo dijeron a una hermana del marido, ya

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

que se tenía que quedar con sus hijas. No hizo educación maternal. Si era necesario el traslado, tenían decidido acudir al Hospital de San Joan.

- [E12]-Mario: pareja de [E11]. Técnico informático. Apoyó a su pareja desde el primer momento.

- [E013]-Yaiza: pareja de [E14]. Auxiliar de clínica en una consulta médica privada. Tiene dos hijas. La primera quería tenerla en casa, se lo dijo a todo el mundo pero les «metieron tanto miedo», que decidieron tener el parto en la Clínica Acuario. Para el segundo parto no se lo dijeron a nadie hasta que no se acercó el momento del mismo. Fue asistida por un par de matronas amigas, que vinieron desde otra comunidad autónoma y se pasaron en casa de su madre cerca de un mes. El embarazo fue seguido por la sanidad pública, informó a la matrona de su decisión del parto en la clínica y en casa, por lo que le dijo que no hacía falta que hiciera la educación maternal. Su segundo embarazo fue controlado en el Hospital de Alicante por un problema digestivo y no informaron al ginecólogo. En el primer embarazo hicieron educación maternal en la Clínica Acuario. En caso de traslado acudirían al Hospital Alicante en su propio vehículo.

- [E14]-Marvin: pareja de [E13]. Informático. Apoyó a su pareja desde el primer momento. La acompañó a educación maternal.

- [E15]-Elvira: pareja de [E16]. Licenciada en Psicología y Antropología. Investigadora en un organismo público. Un hijo y una hija. Ambos partos han sido en su domicilio, asistidos por un par de matronas. Las primeras del Grupo Génesis en Granada, las segundas del Grupo Ocean en Madrid. Escuchó hablar del parto en casa en una clase yoga y le interesó el tema, buscó información, evidencia científica y decidió que era la mejor opción. Acudió a educación maternal con los dos grupos y a encuentros de madres que habían tenido el parto en casa. El seguimiento del embarazo fue con la sanidad pública y privada y no informó de su decisión a ninguno/a de los/as profesionales. Se lo dijo a algunos amigos/as y a su madre. En caso de traslado, en Madrid irían al hospital más cercano de la sanidad pública, en Granada al hospital en el que daba una atención más humanizada, en ambos casos en su propio vehículo.

- [E16]-Jaime: pareja de [E15]. Enfermero, investigador en institución pública. Refiere que su paso por paritorio durante las prácticas de enfermería fue una experiencia negativa. Apoyó a su pareja tras realizar una exhaustiva búsqueda de información.

- [E17]-Espe: pareja de [E18]. Técnica en cooperación. Dos partos, el primero fue en el hospital y lo vivió como una experiencia muy traumática, por lo que decidió que el segundo sería en casa. El seguimiento fue público y privado (con la Dra. Fontanillo). No

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

informó a los/as profesionales del sistema público. Acudió a educación maternal organizada por la ginecóloga. En caso de traslado acudirían al Hospital de Alicante con su coche o con un taxi.

- [E18]-Marc: pareja de [E17]. Ingeniero. Profesor de Universidad. Acompañó a Espe a la educación maternal y la apoyó desde el primer momento.
- [E19]-India: pareja de [E20]. Holandesa, vive en España desde el año 2007 y habla correctamente castellano. Especialista en Agricultura Ecológica (Ciclo formativo superior). Dos partos, el primero lo tuvo en casa en su país, el segundo en casa en España, con la Dra. Fontanillo. El seguimiento fue en la sanidad pública y privada. No informó a los/as profesionales de la sanidad pública. Se lo dijo a la familia y amigos/as. Acudió tan solo un par de sesiones a la educación maternal de la sanidad pública.
- [E20]-Dacio: pareja de [E19]: diplomado en Agricultura Ecológica. Apoyó a su mujer desde el primer momento. En caso de traslado acudirían al Hospital de San Joan con el coche de la ginecóloga.
- [E21]-Ethel: pareja de [E22]: panadera. Tres partos, los dos primeros en el hospital, el último en el domicilio. Su experiencia fue buena, pero pensaba que en su casa sería mejor. El seguimiento fue en la sanidad pública y privada (Dra. Fontanillo). Informó a la matrona, pero no los/as tocólogos/as, también se lo dijo a su familia, que no estaba muy de acuerdo. Acudió a educación maternal en su centro de salud. En caso de problemas irían con su coche al hospital de Alicante.
- [E22]-Pedro: pareja de [E21]. Profesor de FP. La apoyó desde el primer momento.

Tabla 7. Participantes en el estudio y sus características sociodemográficas

Nº	NOMBRE FICTICIO	SEXO	FECHA NACIMIENTO	NACIÓ	PROFESIÓN	NIVEL DE ESTUDIOS	PARTO	PEC/ EDAD	LUGAR ENTRE-VISTA	DOC. ESCRITO
01	Manoli	M	1969	H	Fisio	Dipl	2	2/26	Caf	Sí
02	Candela	M	1958	H	Enfermera	Lic	2	1/26	Casa	
03	Dante	H	1955	C	Enfermero	Lic			Casa	
04	Álex	H	1969	H	Contable	Lic			Casa	
05	Alicia	M	1955	H	Administrativa	Sec	2	1/37	Casa	
06	Santi	H	1960	C	Médico	Lic			Casa	
07	Amanda	M	1958	C	Matrona	Dipl	3	1/29	Cons	Sí
08	¿??	H	DP		Médico	-	-	-	-	
09	Enya	M	1963	H	T. social	Dipl	3	1/43	Casa	
10	Alberto	H	1965	C	T. social	Dipl			Casa	
11	Mati	M	1960	H	Genetista	Lic	3	1/29	Casa	Sí
12	Mario	H	1959	C	Informático	Bach			Casa	

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Nº	NOMBRE FICTICIO	SEXO	FECHA NACIMIENTO	NACIÓ	PROFESIÓN	NIVEL DE ESTUDIOS	PARTO	PEC/ EDAD	LUGAR ENTREVISTA	DOC. ESCRITO
13	Yaiza	M	1973	C	Aux. Clínica	Sec	2	1/36	Casa	
14	Marvin	H	1964	H	Informático	FP2			Casa	
15	Elvira	M	1980	H	Antropóloga	Lic	2	1/28	Casa	Sí
16	Jaime	H	1973	H	Enfermero	Dipl			Casa	
17	Espe	M	1972	C	Téc Coop.	Lic	2	1/39	Casa	
18	Marc	H	1968	H	Profesor Univ	Ing			Casa	
19	India	M	1984	C	Agricultura ecológica	FP	2	2/23	Casa	Sí
20	Dacio	H	1980	C	A. ecológica	Dipl			Casa	
21	Ethel	M	1979	H	Panadera	COU	3	1/34	Casa	
22	Pedro	H	1970	H	Maestro	Dipl			Casa	

DP: declina participar. Nivel de estudios: Lic: licenciatura; Ing: ingeniería; Dipl: diplomatura; Bach: bachillerato; FP2: formación profesional 2º grado; Sec: secundaria. Lugar de entrevista: Caf: cafetería; Cons: consulta

Tabla de elaboración propia

En un primer momento se planteó la posibilidad de tener que contactar con parejas de las provincias de Valencia y Murcia, pero no fue necesario ya que se logró la saturación de la información con las entrevistas de las parejas de Alicante.

Una vez que la investigadora se puso en contacto con los primeros participantes, se consiguieron nuevos/as informantes a través de la técnica de «bola de nieve» también conocida con el nombre de «avalancha», «nominado» o «en cadena» (Salamanca y Martín, 2007; Vallés, 2003), donde las mismas participantes nos pusieron en contacto con otras (Tabla 8), por lo que no fue preciso recurrir al listado proporcionado por el ginecólogo ni solicitar a la ginecóloga que nos pusiera en contacto con nuevas parejas.

Tabla 8. Modo de acceder a los/as participantes

MODO DE ACCEDER A LOS/LAS PARTICIPANTES	NÚMERO DE PAREJAS
Conocimiento propio	2 parejas
Técnica «bola de nieve»	9 parejas
A través de profesionales	-

Tabla de elaboración propia

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Para la elección de las participantes, el muestreo fue intencional, basado en los objetivos del estudio buscando la diversidad de discursos, la heterogeneidad y la accesibilidad (Penalva y Mateo, 2006), por lo tanto se acudió a mujeres y parejas que hubieran vivido el parto en casa y nos pudieran proporcionar con su experiencia la mejor y mayor información (Mayan, 2001).

En la investigación cualitativa, el poder de la muestra no depende del tamaño, sino de que las unidades de muestreo aporten información rica, profunda y completa (Fernández, 2006), por lo tanto se deja de recolectar datos cuando se saturan las categorías (Strauss y Corbin, 2005). La saturación teórica sucede cuando se repite la misma información, lo que señala que no se requieren más entrevistas para obtener mayor cantidad o calidad de información pertinente (Denman y Haro, 2002). Algunos autores indican que a la saturación teórica se llega con 14 entrevistas (Hendrix, 2010). En nuestro caso la saturación de la información se produjo con los datos obtenidos con los/as 21 participantes.

6.4. Unidades de análisis

Las unidades de análisis han constituido los ejes básicos para la realización de esta investigación. Se ordenan en dos unidades que se corresponden con los principales agentes participantes, las mujeres y sus parejas.

Tabla 9. Unidades de análisis

MUJERES QUE DIERON A LUZ EN EL DOMICILIO	PAREJAS DE ESTAS MUJERES
<ul style="list-style-type: none">• Valores y creencias que apoyan la decisión del parto en casa.• Experiencias vividas durante la decisión del parto en casa.• Representaciones ideológicas sobre el parto, el parto hospitalario y el parto en casa.	<ul style="list-style-type: none">• Valores y creencias que apoyan la decisión del parto en casa.• Experiencias vividas durante la decisión del parto en casa.• Representaciones ideológicas sobre el parto, el parto hospitalario y el parto en casa.

MUJERES QUE DIERON A LUZ EN EL DOMICILIO	PAREJAS DE ESTAS MUJERES
<ul style="list-style-type: none"> • Preparativos que deben realizar para que el parto se produzca en el domicilio. • Expectativas sobre la atención que recibirán en el parto en casa. • Percepción del papel del padre de los/as profesionales, familiares y amigos/as en la decisión del parto en casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparativos que deben realizar para que el parto se produzca en el domicilio. • Percepción de su papel en la decisión del parto en casa. • Percepción del papel de los/as profesionales, familiares y amigos/as en la decisión del parto en casa.

Tabla de elaboración propia

6.5. Técnicas empleadas para la recogida de datos

La investigación cualitativa nos permite comprender la realidad a través de métodos y técnicas que producen datos narrativos (Ferreira y Vázquez, 2006). Con el propósito de obtener información sobre los elementos que influyeron en las parejas que deseaban tener su parto en casa, saber lo que era importante y significativo para ellos/as y conocer cuáles fueron sus experiencias, se emplearon aquellas técnicas que mejor recogían la complejidad de la realidad sin perder la perspectiva holística de la misma (Solano, 2009). Por lo tanto se recurrió a métodos biográficos (Sanz, 2005), optando por la historia oral (Siles, 2006) con entrevistas en profundidad e historias de vida, así como por la lectura de relatos escritos por los/as participantes.

Se considera importante señalar que en un primer momento también se planteó la posibilidad de realizar observación no participante con las parejas que deseaban tener el parto en el domicilio. Se habló con la ginecóloga que asiste partos en casa en Alicante, para valorar la posibilidad de utilizar dicha técnica durante las consultas en las que las parejas planteaban a la misma sus deseos y/o dudas. Pero ella consideró que dicha opción era inviable, por lo que se tuvo que descartar.

Dado que la decisión de realizar un parto en el domicilio se lleva a cabo de manera conjunta, se entrevistaron y se solicitaron relatos escritos a ambos miembros de la pareja para captar la pluralidad de perspectivas y de puntos de vista que coexisten (Márquez, 1999). Al confrontar ambos relatos no se buscaba relativizar cada una de las versiones, sino hacer surgir aquello que resultaba de tener dos visiones diferentes o antagónicas del mismo hecho (Márquez, 1999). Así, en algunas ocasiones, se produjeron ligeras contradicciones en los discursos de los dos miembros de la pareja, lo que pone de manifiesto que la historia se construye desde «un sí mismo» (Márquez, 1999).

6.5.1. Entrevistas en profundidad e historias de vida

Las entrevistas en profundidad basadas en uno o dos temas tratados en detalle son útiles para conocer creencias, conocimientos, comportamientos, experiencias, opiniones, prácticas, sentimientos, sensaciones, valores u otros aspectos de personas o instituciones y su objetivo consiste en descubrir en detalle el esquema de significados del entrevistado, llegando más allá de la superficie del tema de discusión (March y otros, 2002). Estas nos permitieron acercarnos a las experiencias vitales en la vida de estas parejas (Ruiz-Olabuénaga, 2003) y captar todas sus dimensiones y el significado que para ellos/as tenía la decisión de vivir el parto en el domicilio (March y otros, 2002; Siles y Solano, 2003).

A su vez, el término historia de vida es el más empleado para profundizar en los estudios de los relatos biográficos de un individuo o grupo social (Povedano, 2009) con un carácter retrospectivo, longitudinal y subjetivo (Sanz, 2005). La misma se define como el “relato contado en primera persona por un protagonista cualquiera, por un “hombre de la calle” (Arjona y Checa, 1998), que sirve para conocer no solo lo acontecido en la vida de la persona, sino el modo en el que le han influido los procesos de evolución y cambio social (Arjona y Checa, 1998) y las valoraciones que hace sobre su propia existencia (Jiménez y Rico, 2003). Para ello se realizan entrevistas sucesivas en las que el/la entrevistado/a nos acerca a su mundo, a sus relaciones con el grupo primario (familia, escuela...) y al contexto social y cultural que le rodea (Jiménez y Rico, 2003).

Para realizar las entrevistas primero se telefoneó a cada una de las mujeres solicitando su colaboración voluntaria en el estudio, se le explicó el objetivo del mismo, se le informó del modo de recoger los datos y la necesidad de entrevistar también a su pareja. En ese

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

momento se concretó el día, la hora y el lugar, que fue su domicilio en todas las ocasiones excepto en una, que se realizó en una cafetería. Las entrevistas fueron llevadas a cabo en distintas localidades de la provincia de Alicante, entre diciembre de 2010 y marzo de 2012 y salvo en una ocasión se realizaron a ambos miembros de la pareja en el mismo día, aunque no simultáneamente.

Tras la presentación de la investigadora, se les explicó y se les dio un documento con el objetivo de la entrevista y sus datos de contacto (teléfono y e-mail) (Anexo 6), se les entregó el documento de consentimiento informado (Anexo 7), asegurándoles la total confidencialidad, se recogió la autorización firmada y se cumplimentó la ficha con los datos socio-demográficos (Anexo 8).

Estas se llevaron a cabo con una guía (Anexo 9), que fue ligeramente modificada tras la realización de dos entrevistas piloto (a una mujer y a un hombre). Igualmente se desarrollaron las dos historias de vida (Anexo 10).

Dado que se trataba de entrevistas en profundidad, en las que los/as participantes exponían sus vivencias sin seguir un esquema rígido de preguntas, el guion también se fue modificando a lo largo de cada una de ellas en función de las respuestas del entrevistado/a (Ruiz-Olabuénaga, 2003) y en un intento de profundizar en algunos puntos que no quedaban del todo claros (Hammersley y Atkinson, 1994). En las mismas se solicitó a las mujeres y a sus parejas que, de manera individual, hablaran de su decisión de que el parto se realizara en su domicilio, así como las acciones que emprendieron para que dicha opción fuera una realidad. Se utilizaron tanto preguntas de carácter general como algunas más concretas, en un intento de obtener lo que era verdaderamente importante y significativo para ellas/os (Ruiz-Olabuénaga, 2003). Las entrevistas duraron entre 40 y 140 minutos.

Para la realización de las entrevistas se siguieron los pasos recomendados por Arjona y Checa (1998):

- Se realizó una documentación previa del objeto de estudio, con el fin de evitar pérdidas de tiempo, información inválida, etc.
- Se inició el trabajo con una fase de preparación teórica, donde se delimitó el objetivo principal que era profundizar en los valores y creencias de estas parejas que hubieran podido influir en su decisión de tener el parto en casa.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Se intentó mantener en todo momento una postura neutra ante lo relatado para evitar que se pudiera producir una alteración en el relato.

Además, para la realización de las historias de vida se seleccionó a la pareja de informantes bajo los criterios teóricos que concordaban con los objetivos previstos y realización de las entrevistas y, al finalizar la primera entrevista, se transcribió y procesó, comprobando los temas en los que era preciso profundizar y tratar en la segunda entrevista (Silva, 2001).

Para el registro de las entrevistas se utilizó la grabadora (Olimpus VN-3500PC), siempre previa aceptación por parte del/la informante. En la grabación quedaba claro quién era la persona entrevistada, la fecha y el lugar donde se realizaba la misma.

La grabación fue complementada con la toma de notas de campo en las que se fueron registrando aspectos importantes o significativos del contexto (Hammersley y Atkinson, 1994), de los y las acompañantes, de sus reacciones emocionales y de elementos de la comunicación no verbal (Penalva y Mateo, 2006).

Tras las entrevista, en el coche, camino de casa se fueron grabando algunos comentarios sobre las sensaciones que se habían producido a lo largo de la entrevista, los datos de observación no participante que no se habían anotado, lo que no había gustado de la forma de preguntar, cómo se podría hacer en las siguientes entrevistas y aquella información que suponía una novedad. Así, como ejemplo, se muestran las notas de las dos primeras entrevistas:

- [E01]-Manoli: primera entrevista que realizo. Entrevista piloto para mujer. Se realiza en una cafetería. La entrevistada llegó un poco tarde. Hemos tenido algunas interrupciones, ya que la han llamado por teléfono un par de veces. Me siento algo insegura y nerviosa. Me doy cuenta de que no se sigue el orden de la entrevista, me cuesta un poco ver qué preguntas faltaba contestar. La entrevista es fluida. La entrevistada se emociona cuando habla de su segunda hija.

- [E02]-Candela: entrevista realizada en su casa. Su pareja (Dante) pasa de vez en cuando a la sala en la que estamos y hace algún comentario. La entrevista es fluida, controlo mejor el tema de las preguntas. Se percibe en ella la confianza que tenía en su pareja.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Durante las entrevistas se logró empatizar tanto con las mujeres como con los hombres, lo que constituye un elemento importante en las entrevistas en profundidad (Vallés, 2000). Igualmente se hizo un esfuerzo por ser sensible a los posibles efectos que pudiera causar sobre las personas que se entrevistaron (Taylor y Bogdan, 2002), sabiendo que con esta investigación se estaba pasando a formar parte del mundo de estas persona, influyendo en sus vivencias (Hammersley y Atkinson, 1994).

El dialogo fue fácil y espontáneo, algunos/as entrevistados/as se explayaron ampliamente mientras que otros/as fueron más parcos en sus palabras, pero siempre fueron amables y muy colaboradores/as.

Se intentó, en la medida de lo posible, no interrumpir las explicaciones de los entrevistados, aunque a lo largo de la entrevista se fueron clarificando las distintas explicaciones, puntualizando y resumiendo las ideas que parecían más importantes. Sobre todo se fue muy cuidadosa en no dar ninguna opinión personal, aunque algunas de sus explicaciones hicieron que la investigadora no se sintiera cómoda, teniendo siempre presente que no debía manifestar sus visiones previas (Taylor y Bogdan, 1992).

Tras la realización de las entrevistas, se transcribieron *verbatim* desde la 1 a la 20, y se modificaron para ser incluidas en la Unidad Hermenéutica del programa ATLAS-ti v6.2. Las entrevistas de las historias de vida realizadas a Enya y Alberto y las entrevistas 21 y 22 se analizaron directamente desde la grabación realizada. En el Anexo 11 se muestra un ejemplo de una entrevista preparada para su posterior análisis.

6.5.2. Recogida de los documentos escritos

Los documentos escritos suelen estar basados en la experiencia acumulada (Hammersley y Atkinson, 1994) y reflejan el devenir contemporáneo de la vida de una persona, ya que se pueden ir fraguando lentamente a lo largo de días y meses sin un plan previamente concebido (Ruiz-Olabuénaga, 2003); siendo este el modo más rico de recoger información de lo personal y de lo privado (Ruiz-Olabuénaga, 2003) y así obtener datos de aspectos y fenómenos de la vida social de otro modo inaccesibles (Hammersley y Atkinson, 1994; Ruiz-Olabuénaga, 2003).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Durante la entrevista se les solicitó a los/as informantes documentos que hubieran escrito antes de la investigación y en los que se hiciera referencia a la decisión del parto en el domicilio (Anexo 12). Tan solo en un caso tenían un diario escrito, pero aunque en un primer momento dijo que se podría tener acceso al mismo, posteriormente esto no fue posible. Al resto de los/as participantes se les pidió que elaboraran un escrito en el que describieran cuál era el principal recuerdo que tenían de su toma de decisión del parto en el domicilio. Los escritos fueron enviados por los/as participantes por correo electrónico. Sus datos fueron procesados del mismo modo que los derivados de las entrevistas (Vallés, 2003), enriqueciendo los hallazgos del estudio y sirviendo para la triangulación de los resultados (Mogollón y Vázquez, 2006). La respuesta a la solicitud de relatos escritos ha sido algo menor de lo deseado, a pesar de que se realizaron distintos llamamientos a través del correo electrónico, obteniéndose cinco documentos escritos.

6.6. Análisis de datos

Como método para analizar los datos obtenidos se siguieron los criterios marcados por la etnografía.

Bernard (1988: 317), citado en Boyle (2005), indica que la palabra «análisis» tiene dos significados: “hacer comprensibles las cosas complicadas reduciéndolas a las partes que las componen, siendo este el análisis descriptivo” y “hacer que las cosas complicadas se comprendan mostrando cómo encajan sus componentes según ciertas reglas, siendo esto lo que conforma la teoría”. Igualmente, Janesick (2000) afirma que el objetivo del análisis etnográfico es describir y explicar la esencia de la experiencia y el significado de las mismas en las vidas de los participantes. Para ello, se hicieron preguntas y se buscaron las respuestas mediante un proceso de sugerir, verificar, modificar y organizar los datos de manera que el esquema analítico pareciera obvio (Morse, 2003).

Morse (2003) señala que los procesos cognitivos de todos los métodos cualitativos son comprender, sintetizar, teorizar y recontextualizar, para lo cual se realizó una lectura cuidadosa de la información recogida, hasta que alcanzó una estrecha familiaridad con ella (Hammersley y Atkinson, 1994). Posteriormente se buscaron patrones culturales y relaciones significativas en un intento de encontrar algunos conceptos o ideas que nos

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

ayudaran a explicar la existencia de estos patrones (Boyle, 2005) y a dar sentido a lo que tiene lugar según los datos obtenidos (Hammersley y Atkinson, 1994).

Hay que tener en cuenta que no existe una única manera de consultar la información para el análisis de los datos. En tal proceso son decisivas las aptitudes y preferencias del etnógrafo, así como el tipo y el enfoque de la etnografía que se esté realizando (Boyle, 2005), lo que influye en el modo de ordenar y seleccionar los datos, de buscar y clasificar los tipos, de ponerlos en secuencia y de procesarlos para encontrar patrones en el conjunto (Boyle, 2005).

El modelo estructural dialéctico propuesto por Siles (Siles y otros, 2009) facilitó este proceso al identificar las estructuras básicas implicadas en la decisión del parto en casa: la familia y la institucionalización socio-sanitaria como unidad funcional, el domicilio y el hospital como marco funcional y por último la mujer, su pareja y los/as profesionales como elementos funcionales. Igualmente permitió conocer las comparaciones que los/as participantes establecen entre la estructura hospitalaria y domiciliaria para poder tomar su decisión.

Los conceptos utilizados al principio fueron relativamente mundanos pero progresivamente se fueron focalizando y añadiendo otros más significativos analíticamente (Hammersley y Atkinson, 1994). Así, se pasó de la descripción de acontecimientos a la elaboración de modelos teóricos que pudieran explicar tanto la naturaleza de los fenómenos que se estudian como la de otros fenómenos de características parecidas (Hammersley y Atkinson, 1994).

Por lo tanto se intentó, como señala Morse (2003), hacer obvio lo invisible y reconocer lo importante a partir de lo insignificante, con el objetivo de vincular hechos que parecía que no están relacionados, encajando teorías y atribuyendo consecuencias a los antecedentes.

6.6.1. Análisis con el software ATLAS-ti

El análisis de los datos se realizó con el software ATLAS-ti v6.2. Este es una herramienta informática para el análisis cualitativo asistido por ordenador. Forma parte de los conocidos como CAQDAS o Computer-Aided Qualitative Data Analysis, que en español podría

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

traducirse como: Software de Análisis Cualitativo de Datos Asistido por Computadora. Se afirma que un investigador cualitativo hace uso de CAQDAS cuando utiliza el ordenador, con o sin un software específico (Caro y otros, 2005).

Dentro de su gran diversidad, los paquetes CAQDAS permiten gestionar grandes volúmenes de datos; almacenar de forma organizada la información elaborada durante el análisis, segmentar, codificar y recuperar fragmentos significativos de nuestro material empírico y elaborar anotaciones del proceso y los resultados del análisis (Muñoz-Justicia y Sahagún-Padilla, 2011).

Así, Caro, González y Diez (2005) señalan que el uso de los CAQDAS presentan las siguientes ventajas:

- Ahorro de tiempo: el acceso a la información es más rápido y selectivo.
- Permite una mejor organización y cercanía de los datos: toda la información está almacenadas en el programa y se puede acceder a ella de forma hipertextual.
- Inclusividad: permite incluir todo tipo de documentos y la búsqueda de relaciones entre los códigos establecidos.
- Intersubjetividad interna: permite que varios investigadores trabajen sobre un mismo proyecto al mismo tiempo, identificando en todo momento a cada uno.
- Intersubjetividad externa: ligada a la posibilidad de falseabilidad de una investigación ya que sistematiza cómo los analistas han obtenido las conclusiones.
- Datos secundarios: permite trabajar con datos secundarios procedentes de otras investigaciones cualitativas.
- Modelización y visualización analítica: pueden elaborar redes y diagramas que ayudan a integrar las categorías, generar modelos teóricos y visualizar gráficamente las relaciones.
- Exportación de datos: los archivos son fácilmente exportables a otros programas.

El programa ATLAS-ti surge en el marco de la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss (1967) y permite que el investigador realice de forma más eficiente todas las tareas que hasta hace poco realizaba de forma manual con fotocopias, tijeras y pegamento en mano (Caro y otros, 2005).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Los pasos realizados para el análisis de las transcripciones de las entrevistas y de los documentos escritos mediante el uso del ATLAS-ti v 6.2 fueron:

- Se creó una Unidad hermenéutica.
- Se prepararon los documentos primarios o P-Docs y se incluyeron en la Unidad hermenéutica.
- Se fueron seleccionando las citas o Quotes. Las mismas son extractos o pasajes que tienen algún sentido en el análisis, por lo tanto son los segmentos significativos de los documentos primarios
- Se codificó cada cita mediante Códigos, Codes o palabras clave que son el equivalente a los temas emergentes de los discursos o categorías.
- Se elaboraron Memos o anotaciones y comentarios relacionados con los datos que se iban obteniendo.
- Se crearon Familias en las que se agruparon aquellos elementos que presentaban alguna característica común.
- Y por último, se establecieron relaciones de diferentes tipos entre las citas, códigos y anotaciones, creando una relación lógica entre ellos.

En el Anexo 13 se muestra un ejemplo del análisis realizado con el Atlas-ti v6.2

6.7. Criterios de rigor científico

Toda investigación científica debe responder a unos criterios de calidad, aludiéndose al rigor metodológico con que ha sido diseñada y desarrollada y a la confianza que, como consecuencia de ello, se puede tener en la veracidad de los resultados conseguidos (Cáceres y García, 2013).

Respecto a la fiabilidad y validez en los estudios cualitativos se identifican tres posiciones básicas (Hammersley, 1994; Ruiz-Olabuénaga, 2003): los que aplican los mismos criterios que se emplean en la investigación cuantitativa, los que rechazan cualquier clase de criterios debido a la naturaleza de la investigación misma y los que argumentan que deben utilizarse unos criterios específicos para la investigación cualitativa como Leininger (2005) y Strauss y Corbin (2005).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

El control de calidad en la investigación cualitativa es un proceso que debe hacerse a lo largo de todo el proceso investigativo (Delgado y otros, 2006). Ruiz-Olabuénaga (2003) considera que los criterios de calidad de la investigación cualitativa son:

- **Coherencia epistemológica o adecuación teórico-epistemológica:** este criterio es fundamental en la fase de diseño y consiste en la correspondencia adecuada del problema por investigar con el diseño de la investigación, es decir, qué se va a averiguar y con qué técnicas (Delgado y otros, 2006).
- **Credibilidad:** expresa el grado en que los resultados reflejan la situación o fenómeno social estudiado y se refiere a la validez interna de la investigación cuantitativa (Delgado y otros, 2006). Está relacionada con el uso de ciertos recursos técnicos como la duración e intensidad de la observación-participación en el contexto estudiado; la triangulación de datos, métodos e investigadores; el acopio de documentación escrita y visual propia del contexto; discusiones con colegas; revisiones de información e interpretación con las personas estudiadas y por último el registro de cuadernos de campo y diarios de investigación (Vallés, 2003).
- **Transferibilidad:** es el grado de aplicación o traslado de los resultados obtenidos en una investigación a otros contextos o escenarios (Delgado y otros, 2006). Depende en gran medida del nivel de detalle proporcionado por los sujetos analizados o muestreo teórico (Delgado y otros, 2006; Vallés, 2003). Este criterio se corresponde con la validez externa de los estudios cuantitativos (Delgado y otros, 2006).
- **Dependencia, dependibilidad o consistencia:** se refiere a la estabilidad de los datos, es decir, si al repetir la investigación se obtienen resultados semejantes, no tanto la búsqueda de la réplica del estudio, sino más bien la búsqueda en la consistencia de los datos, de los resultados (Delgado y otros, 2006). Esto se logra mediante estrategias de triangulación y de evaluación u observación externa para lo cual se debe facilitar la documentación que haga posible la inspección: guiones de entrevista, transcripciones y todo tipo de documentos en los que se pueda seguir el rastro de su trabajo intelectual (Vallés, 2003). Equivaldría a la fiabilidad de los estudios cuantitativos (Delgado y otros, 2006).
- **Confirmabilidad o reflexividad:** se trata de reconocer y analizar cómo el proceso y el investigador han podido influir sobre los resultados, expresando las opiniones propias con respecto a la situación estudiada y a la estrategia investigativa, por lo que los sesgos procederían más de la no explicitación de las preconcepciones del investigador, que de la

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

presencia inevitable de las mismas (Delgado y otros, 2006). El criterio de reflexividad se correspondería a la objetividad que buscan las investigaciones cuantitativas (Ruiz-Olabuénaga, 2003).

- **Relevancia:** es la correspondencia entre los objetivos planteados en la investigación y las consecuencias o resultados, como pueden ser un mejor conocimiento del fenómeno estudiado, un cambio en la situación estudiada o la contribución a la configuración de nuevos marcos conceptuales (Delgado y otros, 2006).

Para garantizar la calidad y el rigor en esta investigación se utilizaron distintas estrategias:

- Se revisaron la congruencia entre el objetivo de la investigación y la metodología propuesta, el diseño y la teoría. Con ello se asegura la coherencia del proyecto, su credibilidad y la transferibilidad.
- Se buscó la muestra adecuada para conseguir la información necesaria, definiendo y seleccionando a las personas que poseen las vivencias sobre la decisión del parto en casa. Con lo que se asegura la transferibilidad.
- Se realizó un desarrollo sistemático y una descripción detallada del proceso de investigación, de la recogida de los datos y de su análisis, mejorando la credibilidad, la confirmabilidad y la consistencia.
- Se contrastaron los datos y su interpretación con las parejas participantes. Para lo cual se realizaron resúmenes de las entrevistas al final de las mismas, se enviaron las transcripciones a los entrevistados, se les presentaron los avances de los análisis preliminares y las conclusiones para oír sus opiniones, las cuales que se han incluido en el análisis final. Con ello se incrementa la credibilidad y confirmabilidad.
- Se realizó el análisis externo por parte de los directores de la tesis, lo que ha ayudado a controlar la interpretación de los datos. Igualmente el texto fue revisado por expertas en temas de género y obstetricia. Con ello se contribuye a la credibilidad y se asegura la confirmabilidad y la dependencia.
- Se realizó la triangulación a partir de diferentes informantes, puntos de vista, y métodos, técnicas de recogidas de datos y perspectivas teóricas, lo que ayuda a tener visiones diferentes de la misma realidad y aumentar la confirmabilidad, la dependencia, la transferibilidad y la credibilidad de los resultados.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Se han buscado explicaciones alternativas y casos negativos que contradigan la explicación del fenómeno que va emergiendo. Este mecanismo contribuye a incrementar la credibilidad de la investigación.
- En todas las etapas de la investigación se ha tenido en cuenta la formación, las concepciones previas, los planteamientos iniciales y la propia biografía de la investigadora para reconocer y analizar el modo en el que han podido influir sobre los resultados. Elementos que a su vez se han ido poniendo de manifiesto a lo largo del texto. Con ello se mejora el criterio de confirmabilidad.

6.8. Aspectos éticos

Toda investigación debe cumplir con un código para el respeto de los derechos de los informantes.

Para Lipson (2005) los códigos de ética incluyen el derecho a la intimidad, la dignidad, la confidencialidad de la información y el cuidado para evitar causar daño personal. En esencia, los informantes necesitan poseer suficiente información sobre los riesgos y beneficios de participar en el estudio, el carácter de su compromiso potencial y el propósito del estudio, a fin de que puedan tomar libremente la decisión de participar (Lipson, 2005).

En la entrevista, los criterios éticos tienen que ver con los esfuerzos del investigador por conseguir y mantener unas relaciones negociadas, renegociables a lo largo del proceso de investigación y favorables a los contextos y personas estudiados (Vallés, 2003).

En toda historia oral se pone en juego una implicación fuerte del sujeto, quien es invitado a reactualizar y a remover una situación personal a veces dolorosa (Cornejo y otros, 2008), por lo que se tiene que considerar sus efectos (Cornejo y otros, 2008). Por ello se planteó, que si durante la participación en el estudio se detectaba algún problema de salud en alguno/a de los/as participantes, se le ayudaría para obtener los servicios necesarios o se le orientaría para su resolución. De igual modo, si durante la realización de las entrevistas se hubiera producido una crisis de salud, la investigadora hubiera dado su apoyo y sus conocimientos para solucionarlo. Pero esta situación no se produjo, tan solo hubo algunos momentos de emoción no contenida por los recuerdos relacionados con las vivencias de los partos.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Es importante tener en cuenta que los daños o riesgos de los informantes se pueden producir tanto durante la investigación como en la publicación posterior sobre los informantes y su cultura (Lipson, 2005), por lo que en la etnografía, los informantes tienen el derecho de aprobar un manuscrito antes de presentarlo o de suprimir ciertos datos si así lo consideran oportuno (Lipson, 2005). Así, el artículo “Yo acompaño. Experiencia del padre en la decisión del parto en casa” (Martínez-Mollá y otros, 2013), consistente en un relato de vida fue aprobada por el entrevistado.

Para garantizar el cumplimiento de los aspectos éticos:

- Se presentó el proyecto para su aprobación al Comité de Investigación y Ética (CEIC) de la Comunidad Valenciana. El cual, con fecha 30-7-10, comunica (Anexo 14) que *"No se considera que sea competencia del Comité Ético de Investigación la revisión de este proyecto por el CEIC"*.
- Posteriormente se presentó al comité de ética del Departamento 17- Hospital de San Joan, que certificó que el proyecto de investigación *"cumple con los requisitos de idoneidad"* (Anexo 15). Igualmente se presentó al Comité de Bioética Asistencial del Hospital de San Joan que determinó que el presente estudio *"se ajusta a los principios éticos básicos (Informe Belmont) de respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia"* (Anexo 16).
- Se proporcionó a los/as entrevistados/as un documento de Consentimiento Informado realizado siguiendo las pautas marcadas por el RD 561/1993 del 16 de Abril (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993).
- Se informó a los/as participantes acerca de los objetivos de la investigación y se les pidió consentimiento escrito para las entrevistas y la lectura de los documentos escritos (González, 2002). Se les explicó que la información se manejaría con total confidencialidad, que no se mencionarían sus nombres y que las entrevistas serían usadas únicamente para la investigación. Para garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato de los/as participantes se ha utilizado un sistema de códigos para la identificación de los/as mismas, los datos se han guardado en un lugar seguro con códigos secretos de acceso, en los informes que se han elaborado se han utilizado códigos y/o nombres ficticios y se han cambiado todos aquellos datos que pudieran permitir identificar a los/as participantes (González, 2002).

6.9. Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones de este estudio es que, dado que se trata de una investigación cualitativa y se realiza con una muestra pequeña, sus datos no van a ser extrapolables, no son representativos ni van a predecir el comportamiento humano, aunque se debe reconocer que lo que se persigue con la investigación cualitativa es individualizar los resultados (Siles y otros, 2005).

Otra limitación puede ser el largo tiempo que en algunas parejas ha transcurrido desde que se produjo el parto, que puede llevar a pensar que los detalles se pueden olvidar. Aunque Vallés (1999) defiende que, en las experiencias de vida, el tiempo transcurrido desde que la misma se produjo no influye en la percepción de la vivencia del mismo.

Una posible limitación es que la entrevistadora conocía personalmente a algunos/as participantes, pero dado que la relación era de simple conocimiento sin llegar a ser una amistad profunda, se decidió que no iba a suponer ningún problema, siempre que durante la realización de las entrevistas la relación fuera estrictamente profesional.

Igualmente, no se ha valorado si las parejas manifestaban mayor o menor grado de seguridad por el hecho de que la asistencia haya sido realizada por una matrona o por una ginecóloga, aunque dicho tema tampoco ha sido abordado por las distintas parejas.

Tampoco se han entrevistado a parejas que aunque se han planteado tener el parto en casa, al final se han decidido por el parto hospitalario.

Capítulo VII

Hallazgos y Discusión

7.1. Análisis de los/as participantes

En primer lugar se van a analizar los datos sociodemográficos de los y las participantes en ese estudio.

Las mujeres entrevistadas, cuando tuvieron su parto en casa, eran mayoritariamente secundíparas (7 de las 11), coincidiendo con los datos de Madi y Crown (2003), una era tercipara y tres primíparas. Sin embargo, tanto en García- Carabantes (2006) como en el *Estudio Migjorn 2001-2007* (2010) la mayoría eran primíparas. En los países en vías de desarrollo, el parto en casa es más frecuente en caso de multiparidad (Méndez-González y Cervera-Montejano, 2002; Thind y otros, 2008) y con una experiencia anterior de partos fáciles (Otis y Brett, 2008).

El nivel de estudios para todas las participantes excepto dos de estas es de estudios universitarios, lo que coincide con los datos obtenidos por Cunningham (1993) y por Hildingson y otros (2006). Igualmente, Boucher y otros (2009) afirman que las mujeres que escogen el parto en casa tienen un nivel de formación más elevado. Esto puede deberse a que a mayor educación, mayor espíritu crítico y más posibilidades de acceder a información, lo que les puede llevar a buscar opciones diferentes al parto hospitalario. Sin embargo, Declercq y Stotland (2014) afirman que los niveles de estudio son comparables entre ambos grupos de mujeres. Considero importante señalar que siete de los/as participantes en esta investigación tienen profesiones sanitarias (médico, matrona, fisioterapeuta, enfermero/a, auxiliar de clínica...), lo que supone que quizás estos tuvieron más facilidad para acceder a distintas investigaciones relacionadas con el parto y para contar con más elementos para ser críticos con la práctica sanitaria diaria. En los países en vías de desarrollo es más frecuente el parto domiciliario en situaciones de analfabetismo (Berry, 2006; Borda, 2001; Sepehri, 2008; Thind y otros, 2008), acudiendo más al hospital si tienen mejor nivel de escolaridad (Méndez-González y Cervera-Montejano, 2002). De los hombres que han participado en el estudio, podemos decir que su nivel de estudios es alto, ya que todos cuentan con bachiller, FP2 o con estudios universitarios, coincidiendo con Bedwell y otros (2011).

Hildingson y otros (2006) afirman que las mujeres que eligen el nacimiento en casa son mayores de 35 años, mientras que según los datos reflejados por el COIB (2010), tienen entre 25 y 35. La edad media de nuestras participantes cuando tuvieron su primer parto en

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

el domicilio fue de 31 años, la más joven con 23 y la mayor con 43, y tan solo 4 de las 11 entrevistadas superaba los 35, coincidiendo con Dahlen y otros (2010b).

A su vez, Anthony y otros (2005) afirman que el parto domiciliario es más frecuente en mujeres que viven en ciudades pequeñas o zonas rurales. La mayoría de las parejas entrevistadas vivían en pueblos alrededor de la ciudad de Alicante, tan solo una de ellas vivió su segundo parto en una gran ciudad, en Madrid. Igualmente, en los países en desarrollo se realizan más partos en casa si la mujer vive en zonas rurales (Borda, 2001; Méndez-González y Cervera- Montejano, 2002; Thind y otros, 2008).

Dado que este tipo de parto no está financiado por la sanidad pública, estas parejas cuentan con suficientes recursos económicos; al contrario de lo que sucede en los países en desarrollo, donde los nacimientos en casa son más frecuentes en situaciones de pobreza (Das y otros, 2008; Kruk y otros, 2009; Sepehri, 2008) y se acude más al hospital si se cuenta con mayores ingresos (Méndez-González y Cervera-Montejano, 2002).

Todas las mujeres entrevistadas acudieron a controles prenatales, aunque Declercq y Stotland (2014) afirman que en las mujeres que tienen el parto en casa hay más probabilidad de que no acudan a estos.

7.2. Análisis de los Discursos

Para analizar los discursos obtenidos a través de las entrevistas y documentos escritos, sus datos han sido organizados en cuatro familias de categorías, de las cuales tres corresponden a los elementos que pertenecen al proceso de tomar la decisión del parto en el domicilio: la información recibida, los factores personales y las prácticas que se realizan para poder conseguirlo (Figura 6). Los datos obtenidos a través de las historias de vida y de los documentos escritos corroboran los obtenidos a través de las entrevistas.

Figura 6. Elementos que influyen en las parejas para decidir el parto en casa

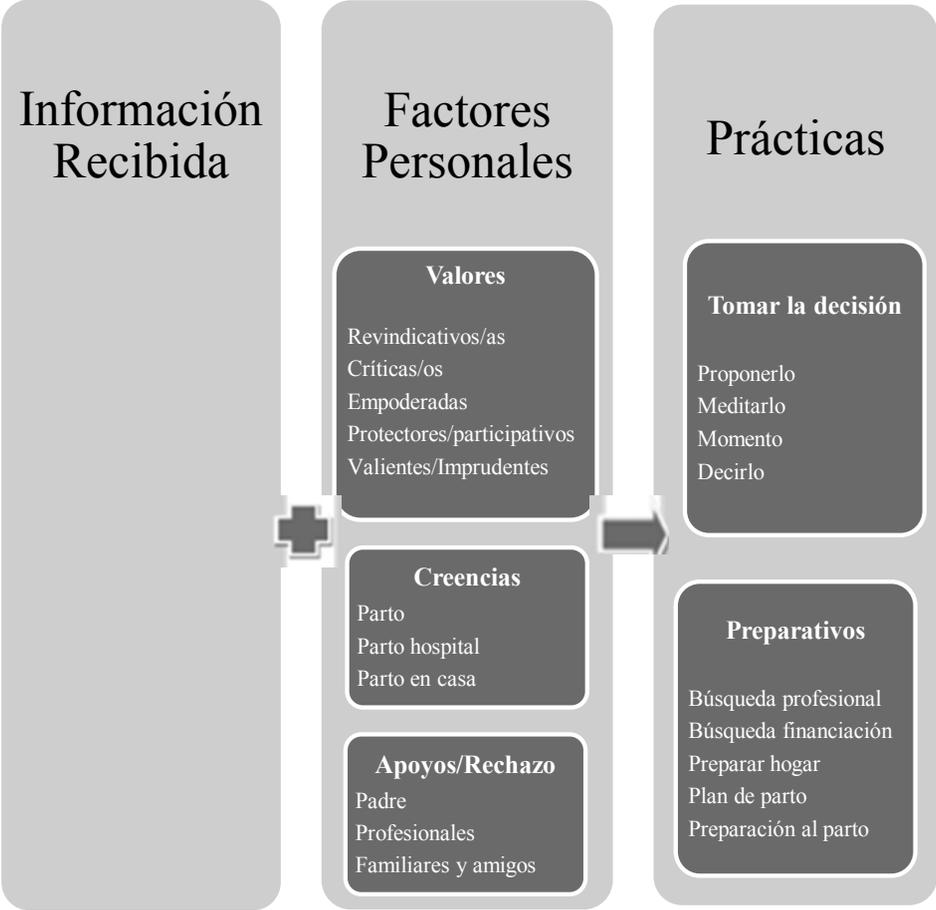


Figura de elaboración propia

La cuarta categoría establecida corresponde a la percepción personal de cada uno de los miembros de la pareja de su decisión de realizar el parto en el domicilio. A su vez cada una se divide en distintas subcategorías.

En cada apartado se describen los temas emergentes y de interés cultural manifestados por los/as las participantes en el estudio y se ejemplifica con extractos de sus discursos a la vez que se realiza el análisis o discusión de los mismos. Igualmente, al finalizar se

presenta una tabla que resume las categorías y subcategorías y en la que se muestran nuevos fragmentos.

7.2.1. Acceso a la información

Estas parejas, para tomar la decisión, se asesoran y buscan información sobre los temas que les preocupan a través de distintos medios.

Así, coincidiendo con el estudio de Jouhki (2012), afirman que su objetivo era saber todo lo posible sobre el parto y el post-parto tanto en el hospital como en casa.

“Bueno que estábamos (silencio) muy informados, que nos habíamos informado, mucho. (Jaime) [QU:16 33:139-33:185]

Igualmente se observa que, como en Mori y otros (2008), los temas que más les interesan son el riesgo y la seguridad, seguramente, porque pueden afectar a la vida de la madre o del/la niño/a. Sobre dichos aspectos se documentaron y se eliminaron los temores que pudieron plantearse durante la decisión.

“Y por eso también yo me informé, ¡tipos de problemas que pueden surgir y cómo son estas mujeres que se encargan de hacer esto!, pues eran todo mujeres, ¡qué nivel de riesgo asumen!, si es excesivo, si no... (Jaime) [QU: 16 13:912- 979]

Así, expresan sentir miedo a la atención que se ofrece en los centros hospitalarios (Otis y Bret, 2008), y al igual que en Lindgren y otros (2006), les atemorizan las complicaciones que pueden surgir en el hospital por perturbar el proceso fisiológico, por estar en un ambiente poco familiar y por sentirse en manos de extraños.

En el estudio realizado por Erikson y otros (2005), un 23 % de mujeres aseguran sentir un miedo intenso al parto en el hospital por la falta de intimidad y por el trato inadecuado. Así, algunas entrevistadas manifiestan que dicha opción era la que más temor les producía (Green y Baston, 2007).

¡Yo soy un poco miedosa! (Ja,ja,ja). Como otros tienen miedo a parir en casa, yo tengo a parir aquí, allí en el hospital. (India) [QU:19 16:401-529]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Yo no, no quiero ir al hospital, ¡Qué miedo ir al hospital! (Elvira) [QU:15 15-144-174]

Sin embargo, no tenían miedo de quedarse en casa. Manifiestan que tuvieron las preocupaciones habituales ante cualquier parto, pero no experimentaron un temor especial, lo que puede deberse a que estaban convencidos/as, como se señala en Cheyney y otros (2014), de que el hecho de realizarlo en el domicilio no implicaba que fueran a surgir más problemas.

No, no..., no..., no teníamos miedo. Éramos totalmente inconscientes de que el miedo pudiera existir... (Dante) [QU:3 8:809-910]

¡No existió un planteamiento formal de riesgo...no iba a haberlo! ¿Por qué? El riesgo era riesgo propio de vivir. Mi madre, mis abuelas, mis tatarabuelas...mujeres como yo, hicieron lo mismo. (Amanda) [QU:22 1:840-920]

Yo... yo no fui al parto, (silencio) al de... al de mi hijo sobre todo y al de mi hija, menos todavía (silencio), con la sensación de que estaba asumiendo un riesgo, ¿vale?, innecesario, menos... ¿sabes? (Jaime) [QU:16 54:685-889]

Aunque sí sintieron una cierta inquietud, al igual que en García-Carabantes (2006) y en Cheyney (2008), sobre todo por si surgían complicaciones que pudieran afectarlas a ellas o al/la recién nacido/a. Pero eran miedos teóricos que con el tiempo se fueron superando.

Pues uno puede pensar... que es una la patología clásica de... de un embarazo y... y el final de un parto, bueno pues...pues que de repente... el niño hubiera sido muy difícil de sacar, que hubiera habido una hemorragia importante, que se hubiera tenido que hacer una episiotomía importante, que se hubiera... hecho un desgarró y... bueno... (Santi) [QU:6 8:860-599]

Quizás, a lo mejor, lo veía más como miedo teórico... ¡impropio de la realidad!... que como un miedo... a valorar como para... justificarlo médicamente como un conflicto para tener partos en casa... (Santi) [QU:6 8:602-627]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Yo creo que los miedos ¡al menos en mi caso!, se fueron difuminando..., conforme iba evolucionando el embarazo... (Santi) [QU:6 6:1101-1218]

Estas parejas, al igual que en Morison y otros (1999) y en Sjöblom y otros (2012), tuvieron que enfrentarse al miedo sustentado por la creencia, imperante en la sociedad y en la clase médica, de que el parto en casa es muy peligroso:

Realmente, recibí críticas por parte de la familia de ella y tal que: “¡qué locura!, que como se nos ocurre... que si hubiera pasado algo.... [...] Lo que tú nunca hubieras pensado de que podía haber pasado, ya se encargan ellos decirte que podría haber pasado. (Dante) [QU:3 14:1101-1257]

Mi marido me dijo: “he hablado con el ginecólogo,... y me ha dicho que puede pasar esto... y puede pasar lo otro...” (Alicia) [QU:5 22:125-306]

Para obtener información sobre los temas que les preocupaban, recurrieron a distintas fuentes: profesionales, conocidas, revistas, libros o Internet. Siendo la principal informadora la matrona o ginecóloga que iba a asistir el parto, y tan solo en una ocasión fue proporcionada por la comadrona del centro de salud.

Y luego sí que en las consultas pues íbamos hablando, un poco, pues, de los miedos, de cómo... mmmm pensaba yo... y tal... (Enya) [QU:9 14:25-180]

En general los/as sanitarios/as están tan convencidos/as de que el parto se debe realizar en el hospital que incluso en países en los que el nacimiento en casa está incluido en la sanidad pública hay ocasiones en las que no se informa a las gestantes de dicha opción (Madi y Crow, 2003) o se les señalan falsos factores de riesgo para contraindicar el mismo (Lindgren y otros, 2010; Shaw, 2007).

Tanto el National College of Midwifery (2006) como el COIB (2010) indican que se debe informar a las parejas que se están planteando el parto en casa de los requisitos que tienen que cumplir para que el mismo se desarrolle con seguridad; porque, como señalan MacDorman y otros (2013), si estas indicaciones no se siguen, se incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Todas las parejas entrevistadas fueron avisadas por las profesionales de la obligatoriedad de cumplir estas condiciones.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Y mi ginecóloga me dijo: “bueno tú ya sabes..., como yo trabajo, si todo va bien será en casa, si no, pues... no será en casa. (Enya) [QU:9 2:168-1188]

También buscaron y obtuvieron información a través de amigas o conocidas que habían vivido esta experiencia y se sabe que uno de los factores que más influyen en la toma de decisiones es la experiencia propia o la de otras (García-Carabantes, 2006; COIB, 2010).

Ella nos comentaba como lo había tenido... claro rodeado de todos los hermanos.... y del marido y, y...bueno y pues todos allí, haciendo la fiesta del nacimiento de un nuevo hermano. (Candela) [QU:2 10:1972-1974]

Eso cuando estábamos elaborando la situación, pues tú ves, hay gente que lo hace hay gente que... que lo vive. (Mario) [QU:12 14:683-810]

Aunque el COIB (2010) asegura que el hecho de haber acompañado en un parto en casa está considerado como un elemento que influye positivamente para elegir dicha opción, ninguna de las parejas había participado en un nacimiento domiciliario; aunque Dante después de haber asistido a su mujer estuvo en tres partos domiciliarios.

Después de mi parto, yo...como que cogí mucha... muchas manos con el parto mío (sonrisas) y.... mucha tranquilidad, mucha confianza [...] y.... entonces, pues eso: fui a tres partos más, en uno actué yo solo, en otro ya había parido. (Dante) [QU:3 14:80-435]

Además, coincidiendo con los estudios de Murray-Davis y otros (2014), obtuvieron información a través de otros medios como libros, revistas, Internet...

Primero te informas a base de... revistas y estas cosas, lo que te decía de la revista Integral. (Mario) [QU:12 5:53-139]

Y luego muchas cosas en páginas webs, de... de ver partos, ver vídeos de partos..., en casa... o en el... en la clínica Acuario, cosas así... (Elvira) [QU:15 13:264-401]

Se observa claramente la diferencia generacional entre las parejas que vivieron el parto en casa. Así, las que lo tuvieron antes del Internet, obtenían información de revistas, libros

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

y del contacto directo con otras parejas. En cambio, las más jóvenes han contado con él para informarse, aunque no todos/as quisieron recurrir a este medio.

No, no teníamos acceso a Internet en aquel entonces, y... leí, como había leído ya... mmm, y teníamos algunos libros. (Alberto) [QU:10 8:444-620]

Nos... estuvimos informándonos un poquito más... leímos cosas por Internet. (Jaime) [QU:15 69:106-179]

No, no, soy informático, pero no me gusta Internet, me gusta más ir como fuimos a los amigos: oye tu ¿qué tienes, qué has leído? (Marvin) [Q:14 34:969-1011]

Actualmente, a través de Internet, se pueden obtener muchos datos sobre el parto en el domicilio. Así, si ponemos «parto en casa» en el buscador Google aparecen 24.000.000 de entradas, pero, como afirma Marc:

Internet como herramienta de búsqueda de información está muy bien, pero si luego no sabes filtrar pues igual... pues eso... (Silencio) puede sacar la información que no debes y como tampoco tenía muchos criterios para saber si veía algo, si es algo de lo que me podía fiar o de lo que no... [QU:18 14:112-461]

Tabla 10. Acceso a la información

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
Búsqueda información Toda referencia a las actividades realizadas para obtener información	Superar miedos Toda referencia a una perturbación por un riesgo o daño real o imaginario	Un poquito, un poquito..., sí, un poquito de inquietud sí que tenía pero... bueno sabiendo	Vas viendo el proceso, cómo va la niña, cómo va el embarazo y demás, y no tienes... ¡No

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
sobre el pec		que... que venía bien y... conociendo a gente que... que lo había tenido en casa. (Mati) [QU:11 12:585-873]	había miedo en ningún momento! (Álex) [QU:4 5:1141-6:5]
	Fuentes Toda referencia a las personas o medios a los que se recurre para obtener información	A través de la matrona, a través de mi ginecóloga que tenía allí libros pues: Sheila Kitzinger, parto natural, de Michel Odent, de Leboyer, de... (Manoli) [QU:25 30:82-334]	No hablé con gente, estuve leyendo un libro, que me dijo mi madre: léete el libro <i>Un parto seguro</i> . (Dacio) [QU:20 3:466-4:123]

Tabla de elaboración propia

7.2.2. Circunstancias personales

Entre las circunstancias personales que influyen en la elección del domicilio para tener al hijo/a van a destacar los valores, las creencias, los apoyos con los que cuentan y las críticas que reciben.

Valores que influyen en la decisión del parto en casa

De los/as participantes en este estudio se puede decir que son reivindicativos/as y críticos/as con el sistema; ellos son protectores y participativos y ellas con una importante

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

carga de empoderamiento; son vistos/as por los familiares, amigos/ as como imprudentes o valientes.

Estas parejas desean que se respeten en todo momento sus derechos a un trato digno, a tomar sus propias decisiones y a la intimidad; y al igual que en Boucher y otros (2009), querían ser tratadas con dignidad, respetando su cuerpo, su tiempo, sus deseos y sus necesidades físicas, psicológicas y morales.

¡Porque también tengo derecho a tener el parto como yo quiera! Digo, ¿no?
(Manoli) [QU:25 32:951-1145]

Para mí, un valor importante es la dignidad. (Alberto) [QU:28 0:08:17.17-08:24.31]

También querían ejercer su derecho de autonomía. Poder tomar sus propias decisiones constituye uno de los principales motivos para elegir el nacimiento en casa (Cheyney, 2008; Lindgren y otros, 2010; Viisainen, 2000; Viisainen, 2001), elección que se relaciona con un elevado grado de independencia. De todos modos, como afirma Brown (2013), hay que tener en cuenta que no todas las mujeres quieren ese protagonismo ni saben ejercer este derecho, y algunas temiendo equivocarse prefieren delegar sus decisiones en los/as profesionales sanitarios/as que las atienden.

Nos convenció la idea y nosotros también pues preferíamos.... sinceramente tenerlo en casa. (Álex) [QU:4 2:483-557]

Y yo decido que si tengo otro hijo no será en el hospital. (Alicia) [QU:5 2:143-204]

La libertad de cada uno está en acogerse a lo que sienta más seguro. (Marvin) [QU:14 12:14-81]

Es por lo que Smulders (2002) señaló que el sitio más seguro no es ni en casa ni en el hospital, sino que el mismo va a depender de la mujer y su pareja, de las circunstancias, del lugar, de los/as profesionales que van a participar, etc. Igualmente, la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (1992) afirmó que una mujer debería dar a luz en el lugar en el que ella se encuentre segura, y en el nivel más «bajo» posible, en el cual el manejo correcto esté asegurado.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Y como en Sjöblom y otros (2012) y en Cheyney (2005), estas parejas tomaron la decisión de tener el parto en casa sin dejarse influir por las opiniones de los que estaban en contra:

Entonces... yo, o sea, a mí no, es que, es que me producía mucha tristeza el decir: "¡jolín algo tan bonito como esto y tener que estar haciendo luego... (Silencio)..., lo que te digan". Pero si todo va bien ¿por qué no puedo tomar yo las decisiones? (Silencio)... Es que no... es algo que a mí todavía hoy no me entra en la cabeza. (Enya) [QU: 9 22:39-423]

Efectivamente, (sonrisas) ya me da igual que piensen lo que quieran. Las opiniones de la gente ya me dan más igual. (Mati) [QU:11 48:381-504]

Para ellas, era muy importante vivir su embarazo, parto y posparto desde su propio control y no desde el de la institución sanitaria (Montes, 2007), responsabilizarse de su proceso obstétrico (Dahlen y otros, 2010a) y al igual que en Boucher y otros (2009) querían ser protagonistas durante el mismo, ya que como destacó la OMS (1985a) en la Reunión de Fortaleza, este protagonismo debe recaer en la mujer y en su familia. Así, Yaiza señala:

Poder moverte por donde quieras, de... mmm, pegar un grito, llorar o patear, o reír o hacer lo que quieras ¿no?, o sea, mmm, (silencio,) soltar todo eso que llevas dentro, tantos meses... y... y expresarlo de la manera que tú quieras sin tener ya la norma hecha (silencio). (Yaiza) [QU:13 7:260-483]

Además, Elvira, al igual que las mujeres en el estudio de Viisainen (2001), nos dice que en el hospital temía perder el control:

A nivel de eso, de perder tú el control, tú ya llegas y... tú ya... no..., lo que digas no... (Silencio), no cuenta ¿no?... y... no sé, era... ¡Mi mayor temor era ese!, eh, ¡fíjate! (Elvira) [QU:15 15:1015-1152]

Otro elemento al que le otorgan especial relevancia es que se respete su derecho a la intimidad. Afirman que deseaban vivir el parto en su hogar, donde sabían que no iban a ser observadas ni expuestas a las miradas de cualquiera (Cheyney, 2008). Así, Pieschacón

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

(2013) señala que en el hospital, el cuerpo de la mujer queda expuesto y se hace público lo que es íntimo. Por lo que estas parejas nos dicen:

Porque nosotros quisimos más tener la intimidad e intentar hacerlo juntos, o cada uno hacer lo que quisiera en ese momento. (India) [QU:20 14: 221-351]

Pero ¡yo quería estar en intimidad!, es como hacer el amor, yo el amor lo hago en intimidad, ¡es como hacer el amor! (Amanda) [QU:27 10:885-1003]

Además, son críticas/os con todo el sistema imperante y se resisten a asumir el rol establecido para las mujeres y sus parejas en el nacimiento (Blázquez, 2009); así, con el parto en casa, tal y como señala Cheyney (2008), muestran su rechazo a las pautas medicalizadoras del sistema médico tecnocrático y realizan un acto de resistencia y de cambio en el sistema:

Yo soy un poco rebelde. (Jaime) [QU:16:25 11:215-11:238]

¿Qué ocurre, qué está sucediendo? ¿No?, ¿qué está sucediendo que... los partos en hospital?, en nuestro entorno, será una casualidad, que mala suerte que los 15 o 20 de partos que conocemos todo han tenido su historia y no conocíamos así ninguno... tranquilamente, que... transcurriera. Entonces, veíamos, claro, eh, el..., el excesivo intervencionismo, el querer adelantar... la frialdad de una... sala impersonal... (Jaime) [QU:16:38 11:743-11: 1124]

Aspecto que también se pone de manifiesto en una de las entrevistas realizadas a Alberto y que formaba parte de la historia de vida:

Yo siempre he estado vinculado a movimientos sociales, [...], éramos del grupo de objetores de conciencia del pueblo... (Alberto) [QU:28 0:30:59.15-0:31:52.40]

Coinciden con los resultados de Hildingsson y otros (2006) en el que afirman que las mujeres suizas que tienen su parto en casa parecen tener un estilo de vida diferente al resto de la población. Estas parejas se consideran personas «alternativas» y realizan actividades que se contraponen a los modelos oficiales: son partidarias de utilizar medicina alternativa tipo homeopatía, flores de Bach o medicina naturista, en algunas ocasiones no han vacunado a sus hijos/as, son vegetarianas/os, realizan meditación...

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Hemos sido muy... en general siempre muy activistas en búsqueda de alternativas en la vida, ¿no? ¡No solo en esto, sino en otras cosas! (Mario) [QU:12 2:413-437]

Y yo dije: “no, no, es que ninguna (vacuna)”. (Enya) [QU:9 25:752-25:787]

Pero en esa época, yo era vista de una manera rara, [...], así, “buena chica, pero ella es así, es un poco rarita, le gustan las velas..., la homeopatía..., es así como muy natural”. (Amanda) [QU:27 27:29-78]

Como mi marido siempre ha sido un poco raro, en el sentido de... pues... eh, el comer más verduras, el no comer carne o el hacer cierto tipo de... de meditaciones. (Yaiza) [QU:13 17:530-17:693]

Las entrevistadas son mujeres empoderadas que tienen una gran confianza en sí mismas y en su capacidad para parir, y sus parejas opinan lo mismo:

Si está bien y en un rincón que sabe más que tú de parir, en el lado físico, pues te da cierta para... para por lo menos mirar y escuchar el corazón: ¡vale! todo va bien. Aunque creo que también lo sabes, si algo va mal. (India) [QU:19 21:709-956]

Y a la vez estábamos convencidos de que... la mujer estaba preparada fisiológicamente... para parir, con lo cual, mmm, ¿no? Pues pensábamos pues pensábamos que no había... ningún problema.... para que... eso sucediese. (Dante) [QU:3 125 1:615-833]

Y lo mismo afirma Amanda en su relato escrito:

Tenía, tal y como te decía en la entrevista, seguridad en mi misma, en mi capacidad para parir... (Amanda) [QU:22 1:504-603]

Así, tanto Sjöblom y otros (2006) como Catling-Paull y otros (2010) afirman que confían plenamente en la preparación de sus cuerpos para el parto. Cheyney (2008) relaciona este empoderamiento con el conocimiento y Budin (2001) señala que esta confianza viene dada por el equipo sanitario y por el entorno donde el parto tiene lugar, a lo que Lindgren (2010) añade que proviene de su propio interior.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Igualmente, son mujeres que confían en su intuición más que en el asesoramiento profesional (Boucher y otros, 2009; Cheyney, 2008; Janssen y otros, 2006; Declercq y Stotland, 2014). La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) (2000:1) afirma que “*se debe valorar la intuición y la sabiduría de la mujer para parir desde una perspectiva fisiológica*”. Cheyney (2008) considera a la misma como *body knowledge* o «conocimiento del cuerpo» (traducción propia). Aunque, como afirma Davis (1989), en nuestra sociedad no cuenta con el estatus autoritativo, que solo se concede a los modos de razonamiento inductivo y deductivo. En cambio, Punset (2013) defiende que es un método de conocimiento tan válido o más que la razón. Así, Amanda afirma:

Mi intuición me llevaba, me arrastraba, sin inquietud hacia allí. [QU:22
1:436-501]

Los padres de este estudio asumen uno de los papeles asignados por el modelo hegemónico de masculinidad/paternidad (Figuroa y Franzoni, 2011), el de ser protectores. Seguramente por ello, al igual que en Bedwell y otros (2011) señalan su deseo de que el parto se realice en el lugar más seguro:

Parecía la mejor opción, y que desde luego a nivel de seguridad, no había ninguna objeción. (Jaime) [QU:15 33:588-652]

También son hombres que, de acuerdo con el modelo de nuevas masculinidades y paternidades (Figuroa y Franzoni, 2011), desean participar de manera más activa y ser protagonistas en todo el proceso reproductivo y muy especialmente en el parto:

Me sentí más útil... claro, eso es lo que yo te decía, que yo... yo me da la sensación de que... el... el padre ahí, es... es alguien... en el... en el parto. (Santi) [QU:6 9:1258-1414]

Y es que a pesar de las recomendaciones de las autoridades sanitarias (MSYC, 2007; ONU, 1994); a los padres se les sigue excluyendo del mismo, sobre todo en los hospitales, como se pone de manifiesto tanto en Maroto y otros (2009) como en Steen y otros (2012).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Estas parejas son vistas por los/as demás como valientes o como imprudentes. Ambas clasificaciones ponen de manifiesto la percepción de que el parto en casa es una práctica de riesgo, aunque los/las entrevistados/as no lo consideran una muestra de valentía:

Los amigos, bueno (...) como que habíamos sido muy valientes (silencio).
(Mario) [QU:12 17:1110- 17:1202]

Bueno, me decían por la calle: “¡que valenta eres!” y yo decía “valenta eres tú, que te vas al hospital y te pones en manos de no sabes quién y no conoces a la persona”... ¡Eso es ser más valiente!. Yo no he sido valiente, yo no tengo una lectura de valentía. (Manoli) [QU:25 13:4-241]

Sin embargo, la opinión mayoritaria es que su decisión ha sido una imprudencia y, como en Sjöblom y otros (2012), casi todas las parejas que deciden tener el parto en casa tienen que enfrentarse en algún momento a discursos en los que se les descalifica, se les acusa de ser irresponsables y de poner en peligro la vida de su hijo/a, aunque, al igual que en Lindgren y Erlandsson (2011), estas parejas nos dicen que no están de acuerdo con esta consideración:

Lo veían como irresponsable y.... hasta... peligroso, sí, (silencio) irresponsabilidad ante... porque es un peligro. (Mario) [QU:12 14:162-14:255]

No era una... una cosa descabellada, sino que era algo que se llevaba. (Dante) [QU:3 13:814-848]

Entonces ahí ya sí que parábamos un poco los pies, decíamos: ¡no, mire (silencio), irresponsabilidad ninguna, al contrario! (Elvira) [QU:15 33:1074-1203]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Tabla 11. Valores que influyen en la decisión del parto en casa

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
<p>Son reivindicativas/os</p> <p>Toda referencia a la forma de ser de los/las participante</p>	<p>Respeto al derecho a la dignidad humana</p> <p>Toda referencia a un trato considerado o deferente</p>	<p>Un poco que, que me respetaran lo que yo quería. (Enya) [QU: 09 22:39-87]</p>	<p>Pero ya te digo, a nosotros nos han respetado. (Álex) [QU: 04 18:832-878]</p>
	<p>Respeto al derecho de autonomía</p> <p>Toda referencia a la capacidad de regir, gobernar, dar reglas y que mantienen sus propias opiniones</p>	<p>Porque yo sentía que en el momento que fuera al hospital yo... iba a perder el control. (Elvira) [QU:15:15:146-475]</p>	
	<p>Respeto al derecho a la intimidad</p> <p>Toda referencia a la zona espiritual íntima y reservada de una persona</p>	<p>Es que... es que... era el motivo. O sea. El único motivo era que fuera un acto íntimo... (Candela) [QU:29:776-861]</p>	<p>Hemos decidido que íbamos a tener el parto en casa porque creíamos que era más íntimo. (Dante) [QU:3 8:1878-1966]</p>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

<p>Son críticos/as.</p> <p>Toda referencia a que el parto en casa (pec) rompe con las reglas habituales</p>		<p>Y yo me tengo que dar cuenta de que no nos queremos dejar llevar y ya haces la toma de conciencia [...] y empiezas a contrastar. (Espe) [17:44 22:275-22:687].</p>	<p>Siempre que rompes un poco el... orden establecido. (Jaime) [QU:16 65:218-276]</p>
<p>Son mujeres empoderadas</p> <p>Toda referencia a sentirse poderosa o fuerte</p>	<p>Confían en su capacidad para parir</p> <p>Toda referencia a la esperanza firme y segura que se tiene de alguien o algo</p>	<p>Yo me sentía, me sentía capaz de... de tenerlo en casa. (Candela) [QU:2 2683-712]</p>	
	<p>Confían en su intuición</p> <p>Toda referencia a la percepción íntima de una idea que aparece como evidente.</p>	<p>Para escuchar tu cuerpo, si tú cuerpo pide estar en cuclillas [...] y si yo necesito oscuridad... (India) [QU:19 5:29-584]</p>	
<p>Son hombres</p>	<p>Protectores</p> <p>Toda referencia al deseo de resguardar de un perjuicio o peligro</p>	<p>Y él les dijo: “mirad... para mí lo principal es la seguridad de Elvira, de Elvira y del bebé y sobre todo de Elvira”. (Elvira) [QU:15 19:16-941]</p>	<p>Me preocupaba un poco que no hubiera ninguna monitorización en ese momento... (Santi) [QU:6 6:1672-7:8]</p>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

	<p>Participativos. Toda referencia a compartir responsabilidades</p>		<p>Y yo quería estar con ella, participar más en ese momento. (Pedro) [QU:32 0:33:03:13-0:33:04:01]</p>
<p>Son vistos/as como: Toda referencia a los valores atribuidos por otros/as a los/las participantes</p>	<p>Valientes Toda referencia a una actitud decidida, exenta de temor o de encogimiento</p>	<p>Has tenido que tenerlo en casa, que valiente que eres, pero... ¿cómo has podido?" (Yaiza) [QU:13 58:379-470]</p>	<p>Yo creo que el comentario más repetido por los conocidos, [...] todos decían: ¡que valiente! ¡Ella...! (Santi) [QU:6 14:80-272]</p>
	<p>Imprudentes/irresponsables/locos/as Toda referencia a la falta sensatez y buen juicio</p>	<p>Y había gente que le pareció una insensatez de decir: "¡habiendo hospitales por qué vas a correr ese riesgo!" (Enya) [QU:10 10:751-1818]</p>	<p>Como un amigo que es pediatra que me dijo: "estás loco, el parto es tal y no sé qué. Yo veo muchas cosas, llevad cuidado". (Alberto) [QU:10 6 189-557]</p>

Tabla de elaboración propia

Creencias que influyen en la decisión del parto en casa

Otro elemento clave en esta decisión son sus creencias sobre el parto y sobre el mismo en el hospital y en el domicilio (Tabla 12). Así, Santi, coincidiendo con lo afirmado por Zelec (2007), considera que fueron las creencias las que más influyeron en su decisión:

¡Las creencias! Esa fue... la decisión... Fue las creencias, la decisión de ella, ... en el fondo yo pienso que... siempre es así... [QU:6 21:428-552]

Tabla 12. Creencias: parto, parto hospitalario y parto en casa

CREENCIAS	REGLAS
Parto	Toda referencia que refleje la opinión de estas parejas con respecto al parto.
Parto hospitalario	Toda referencia que refleje la opinión de estas parejas con respecto al parto en los hospitales.
Parto en casa	Toda referencia que refleje la opinión de estas parejas con respecto al parto en casa.

Tabla de elaboración propia

Creencias sobre el parto que influyen en la decisión del parto en casa

Sobre el parto creen que es normal, que suelen ir bien, que la percepción del dolor es muy relativa, que es un acto familiar y un momento trascendental.

La mayoría de los/as entrevistados/as creen que el nacimiento es un proceso normal, natural o fisiológico (Boucher y otros, 2009; Sjöblom y otros, 2006). Así Dante afirma:

Estábamos convencidos tanto ella como yo,... que el parto eh... es algo completamente natural y que no tiene por qué... ser ni manipulado ni artificial ni tal. [QU:3 8:282-352]

Pero, como señala la OMS (1996), se da la paradoja de que en el hospital todos son atendidos como si fuera altamente probable la patología, aunque un 70-80 % de los embarazo pueden ser clasificados como de bajo riesgo cuando comienza el parto.

El que..., y estás en casa y entonces el proceso va más natural. (Dacio) [QU:20 72:725-802]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

En un hospital es... ¡es una operación, una intervención quirúrgica! (Mati).

[QU:11 13:842-933]

En esta decisión juega un papel muy importante el convencimiento que tienen estas parejas de que el parto va a ir bien. Así, el American College of Obstetricians and Gynecologists (2011) declaró que la «probabilidad real» o «riesgo absoluto» de que en el nacimiento domiciliario se produjera algún acontecimiento negativo era muy baja, lo que coincide con la creencia de estas parejas de que no tiene por qué haber ningún problema:

Y yo le digo: “ya, vamos a ver, ... si el embarazo va bien ¿por qué tiene que surgir nada?”. También hice un pacto con él y me dijo: “bueno, si el embarazo va bien (pausa), tampoco tenemos porque pensar que va a ir mal un parto y si la gente ha parido toda la vida... en cualquier sitio, ¿no?” (Alicia) [QU:5 22:516-694]

Por lo tanto, afirman que no es necesario el uso de tanta tecnología (Boucher y otros, 2009; Otis y Bret, 2008) y coinciden con García-Carabantes (2006) en que un parto normal no precisa hospitalización, por lo que nos dicen:

Y ahora... todas estas moderneces, de... medicalizar tanto el parto, a mí no me... no me... no me parecía. (Enya) [QU:9 1:639-746]

Estas parejas no lo conciben como una experiencia con riesgo y creen que las complicaciones inesperadas son de la misma índole que las que pueden ocurrir en otros momentos de la vida (Dahlen, 2010). Seguramente debido a que, al igual que en Hartley (2007), están convencidas de que el riesgo reside sobre todo en la interferencia de desarrollo natural del mismo, que en numerosas ocasiones lleva a una cascada de intervenciones (Davis, 2012):

Vale, (sonrisas) yo..., no sé, cuantas cesáreas de urgencias están motivadas por los propios protocolos previos, de.... que no..., o sea, porque la mujer no... no... dilata, ¿por qué no dilata?, pues a lo mejor porque... tiene frío y esta hostigada, y le han metido los dedos... trece personas. (Elvira) [QU:15 72:308-596]

Ellos mismos con su actitud te complican el parto. (Santi) [QU:6 9:811-915]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Creencias que coinciden con lo señalado por Illich de que “la calidad de la vida infantil y materna depende de su intromisión en ella” (2006a:491).

Respecto al dolor en el parto, destacar que para estas mujeres no es un elemento central en sus discursos. Saben que el mismo es parte de la fisiología, pero consideran que no hay que tenerle miedo; posiblemente porque lo integran dentro de un sistema significativo que le da sentido y lo hace más soportable (Illich, 2006b). Ellas reconocen que no tienen miedo al dolor, al contrario de lo que le sucede a la mayoría de sus conocidas:

Claro, la gente tiene mucho miedo al dolor eh..., las, las, las jóvenes... le tienen pánico y... vamos que... que no quieren sufrir, no sé, y yo: ¡“si no pasa nada”!. Pues, (ja,ja,ja), hay cosas peores que... que un parto, será porqué yo tengo esa experiencia buena entonces... (Mati) [QU:11 50:2-129]

De lo afirmado por algunas de las entrevistadas se pone de manifiesto que no es lo mismo «sentir dolor» que «sufrir». Así, coincidiendo con lo señalado por Alemán (2013) y por García-Carrascosa (2010), afirman que el modo de vivirlo depende mucho de su situación psico-afectiva, de la información recibida y del modo de percibirlo.

El dolor depende mucho... ¡de la tensión! O sea, si tú estás muy tensa,... si no controlas mínimamente la situación, [...], el dolor se dispara (silencio) entonces el dolor te domina..., si tú dominas la situación, el dolor lo notas igual..., pero no tiene la misma influencia sobre ti. (Alicia) [QU:5 18:44- 461]

Entonces hablábamos en Paritorium de todo eso, de ese proceso que es tan distinto a parir en el hospital, de ese proceso del dolor, de vivirlo de otra manera, no puedes vivir el dolor en un teatro. (Espe) [QU:17 23:819-1023]

Yo lo que pensaba era que cada...contracción, era, un momento (reflexiva)... que me acercaba a ver a mi hija, [...]. Entonces pues... cada contracción era decir: «pues venga, que ya me acerco, que ya viene, (ja,ja,ja) que ya viene,(ja,ja,ja) que ya está aquí» (a toda velocidad). Pues yo lo veo así, no como “ay, ay ay, ¡por favor!, ¡que me duele, ay que me duele!” (Mati). [QU:11 50:563-51:405]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Gutman (2011) asocia el sufrimiento al intervencionismo y a la medicalización y en Montes (2007) consideran que el dolor disminuye si se respetan la fisiología y los deseos de la mujer. Sin embargo, estas mujeres en ningún momento hacen referencia a que el dolor en el parto disminuyera por el hecho de que este se produjera en su ambiente, tal y como afirman en García-Carrascosa (2010) y en Borquez y Wieggers (2006).

Es importante señalar que los distintos modelos de atención también se diferencian en el modo de entender y encarar el dolor (Alemán, 2013). Así, en el modelo holista, para aliviarlo se trabaja con técnicas naturales que activan los recursos de la mujer y la empoderan (Schmid, 2012). En cambio, el modelo tecnocrático trata de erradicarlo, ya que lo considera prescindible, sin valor y como un mal curable (Robertson, 2004), utilizando para ello tecnología y fármacos que desempoderan a la mujer (Schmid, 2012). Las participantes en esta investigación en ningún momento se plantearon la necesidad de acceder a fármacos para mitigarlo, ya que contaban con suficientes recursos (información, confianza en sí mismas, acompañamiento) para transitar por él de forma positiva y conseguir un alivio natural (Alemán, 2013). Así, se enfrentaron al mismo de distintas maneras:

Y yo... cada vez cambiando de postura porque “au, au” (cara de dolor) y al final aquí, en la pared, aquí en el borde de mi cama. (India) [QU:19 11:669-779]

Era tal el dolor, estaba literalmente colgada de Marc con las piernas así (pone las piernas), y... (Je,je,je) ¡De pie!.... (Espe)[QU:17 20:934-1056]

Alemán (2013) afirma que en el dolor intervienen aspectos fisiológicos, culturales y contextuales como el acompañamiento y el apoyo emocional; y Luque y Oliver (2005) señalan que las mujeres procedentes de Europa del Este y del África Subsahariana suelen ser estoicas mientras que muchas mujeres norteafricanas lo manifiestan de una manera más exacerbada.

Igualmente, para estas parejas el parto es un asunto familiar, un momento muy íntimo que concierne a la pareja y a la familia. Así, como en Boucher y otros (2009), Candela afirma:

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

O lo que para nosotros era...el tema del parto, un acontecimiento muy íntimo y muy de familia... muy de pareja... y que tenía que tener... pues, todas las emociones que tuviera que tener en su momento... ¡Solos...! ¡Solos...!. [QU:2 13:1175-1293]

A su vez, coincidiendo con Sjöblom y otros (2006), dan un sentido al nacimiento, rechazando la categorización tecnocrática del mismo que lo considera un hecho exclusivamente fisiológico o biológico. Y al igual que Burckley (2009), afirman que el parto en casa proporciona a la madre y a la familia la posibilidad de vivirlo como una experiencia espiritual, trascendental y extática que transforma a la mujer Monoley (2009). Así lo ponen de manifiesto:

Y ¡ya está! Y yo pues..., que no quería ser menos, además quería vivir esa experiencia, desde el punto de vista de mujer, que eso seguro que eso me iba a completar como madre por un lado como mujer y como matrona. (Amanda). [QU:27 4:682-943]

En ese momento, para nosotros jera el más importante de nuestra vida! (Candela) [QU:2 29: 1381-1481]

Tabla 13. Creencias sobre el parto que influyen en la decisión del parto en casa

CATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO	UNIDAD DE SIGNIFICADO
	Mujer	Hombre
Proceso normal /natural Toda referencia a lo que ocurre sin nada raro o de forma natural	Siempre se me ha transmitido el parto como algo fisiológico que forma parte de la vida de la vida de la mujer,...de la vida de la familia.... (Manoli) [QU:25 1:240-380]	Y es un proceso normal, natural tampoco es... no tienes por qué tener miedo. (Álex) [QU:4:43 5:885-962]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

CATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO	UNIDAD DE SIGNIFICADO
	Mujer	Hombre
<p>Suelen ir bien</p> <p>Toda referencia a que los partos suelen ir bien, sin contratiempos</p>	<p>Lo que pasa que a la hora de parir como la niña venía bien, que... que fue iba a ser un parto..., normal. (Mati) [QU:11 3:496-319]</p>	<p>Bueno jo... mucho se tiene que complicar la cosa...como para que... no pueda salir bien...” (Santi) [QU:6 17:180-270]</p>
<p>No hay que temer al dolor</p> <p>Toda referencia al dolor en el parto</p>	<p>Yo aguante las contracciones muy bien, porque me metí en ese rollo y lo conseguí y me di cuenta que ese proceso del dolor es psicológico. (Espe) [QU:17 23:1179-1320]</p>	
<p>Acto familiar</p> <p>Toda referencia al parto como acto que se realiza en familia</p>	<p>Yo creo que todos los partos deberían ser cosa de dos y del que nace. (Candela) [QU:2 6:1402-1474]</p>	<p>Yo creo que la razón principal de, de estar en casa es [silencio] por la intimidad, por él, por él, [silencio] por el estar nosotros y el poder ¿disfrutarlo? (Dacio) [QU:20 3:49-404]</p>
<p>Momento trascendental/ espiritual</p> <p>Toda referencia al parto como un momento que está más allá de los límites naturales</p>	<p>En un momento que yo... siempre he considerado de cambio vital. (Ethel) [QU:31 0:45:03:11-0:45:45:13]</p>	<p>Nos planteamos, el disfrutar de ello, el disfrutar de ello como una experiencia que es trascendental, única, algo personal e intransferible. (Marvin) [QU:14:3 282-482]</p>

Tabla de elaboración propia

Creencias sobre el parto hospitalario y domiciliario que influyen en la decisión del parto en casa

Igualmente, son numerosas las creencias sobre el parto hospitalario y sobre el domiciliario que influyen en la decisión que tomaron estas parejas.

Así, consideran que siempre se ha nacido en casa, aunque ahora sea una opción infrecuente.

No me digas que es que toda la vida se ha parido en el hospital, porque hace años la gente no paría en un hospital, mi padre nació en casa [QU:16 58:292-439]:

El deseo de seguir con la tradición es el principal motivo por el que viven el nacimiento en casa las mujeres participantes en distintas investigaciones (Amooti-Kaguna y Nuwaha, 2000; Blum y otros, 2006; Gebrehiwot y otros, 2012). De los/as entrevistados/as nacieron en su casa Dante, Santi, Amanda, Alberto, Mario, Yaiza, Espe, India y Dacio:

Todas las personas antiguamente, con muchos menos medios (silencio)...., que tenemos ahora, parían en casa. (Enya) [QU:9 1:640-746]

Yo había nacido en casa, y ¡mi hermano había nacido en casa! Sí, bueno... de mi generación,... habíamos nacido en casa, ¡todos!'. (Dante) [QU:3 4:1220-1333]

Sim embargo, actualmente en España y en muchos otros países es una práctica que se sale de la norma (OMS, 2005), por lo que estas parejas, al igual que en Lindgren y Erlandsson (2011), manifiestan la percepción de sentirse diferentes:

Y que en Holanda, por ejemplo, era muy, muy común, ¡también en otros sitios de Europa!.... Y aquí éramos un poco la excepción. (...). Lo habitual era tenerlos en el hospital, nos salíamos un poquito de la norma. (Álex) [QU:4 6:674-784]

El modelo estructural dialéctico nos permite analizar las creencias de estas parejas sobre el parto en casa y en el hospital. Así, cuando tuvieron que decidir el lugar en el que querían que naciera su hijo/a, confrontaron ambas opciones encontrando claras

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

diferencias en tres aspectos: el respeto o vulneración de sus derechos, el riesgo y seguridad en el parto y el papel del padre en el mismo. En definitiva, lo que hicieron fue comparar las ventajas (tesis) e inconvenientes (antítesis) de cada una de las opciones para al final llegar a la conclusión (síntesis) de que el parto en casa es el que les ofrecía más ventajas y, por lo tanto, se decidieron por él (Tabla 14).

Tabla 14. Hallazgos desde el modelo estructural- dialéctico: comparativa hospital/ parto en casa

DESVENTAJAS PARTO HOSPITAL (-) (Antítesis)	VENTAJAS PARTO EN CASA (+) (Tesis)	DECISIÓN (Síntesis)
Lo peor	Lo mejor	Parto
No respeto derechos	Respeto derechos	
Intervencionismo	No manipulado	
Protocolizado	Libertad Informal	
Pérdida de protagonismo: protagonistas los profesionales	Yo decido/protagonista	
Ambiente hostil	Tu ambiente / Comodidad Relajado	
Padre no	Padre protagonista	
Profesional: el que te toca	Elijes profesional	
Más riesgos	Seguridad	
Miedo	Tranquilidad	
VENTAJAS PARTO HOSPITAL (+) (Tesis)	DESVENTAJAS PARTO EN CASA (-) (Antítesis)	en
En 1 ^{er} parto	Traslado al hospital	casa
Si complicaciones	No aceptado	
	Financiación privada	
	Dependes de un solo profesional	

Tabla de elaboración propia

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Estas parejas creen que el parto en casa es la mejor opción, ya que en este se respetan sus derechos, hay menos riesgos, pueden elegir al/la profesional y el padre tiene mayor protagonismo; en cambio, consideran que en el hospital se produce la situación contraria: hay una vulneración de los derechos, hay más problemas por el alto grado de intervencionismo y medicalización y el padre queda la mayoría de las veces en un segundo plano.

Así, están convencidas, al igual que en Boucher y otros (2009), de que en el domicilio van a poder dar al hijo/a el mejor recibimiento, mientras que en el hospital ven un gran número de inconvenientes:

Es lo mejor. Y lo más natural, lo más especial. (Candela). [QU:2 1:330-346]

Nuestra intención era mmm... darle el mayor recibimiento,... el más íntimo recibimiento,... el....., la mejor acogida a... lo que venía... (Dante) [QU:3 8:433-544]

¡Yo creo que tenía que estar penado que la gente diera a luz en los hospitales! (Candela) [QU:2 6:475-555]

Y consideran que, al contrario que en el parto hospitalario, en el domicilio se respetaron sus derechos (Boucher y otros, 2009), lo que contribuye a que el desarrollo del mismo sea mejor (OMS, 1985) y se sientan más seguras/os y más cómodos/as (Hoy y Nilson, 2011; Lothian, 2013). Por lo que dicen:

Tomé la decisión de tener el parto en casa porque quería que se respetaran las condiciones fisiológicas del parto. (...) Con la seguridad que me da un profesional que me garantiza que el proceso va a ser respetado siempre que vaya todo de la funcionalidad” (Manoli). [QU:25 9:1013-1108]

Estas parejas manifiestan que en el hospital no siempre se ofrece a la mujer un trato digno y puede llegar a sentirse abandonada y manipulada. Creen que la atención que se recibe es impersonal (Kukulu y Öncel, 2009; Lindgren y otros, 2006), y al igual que McCallum y Dos Reis (2008) afirman que incluso puede llegar a ser deshumanizada

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Porqué era... la época en la que no dejaban al marido...no dejaban que entrasen en la sala de partos. [...] Me sentí tan abandonada.... (Mati) [QU:11 1:520-691]

[...] en el hospital, me sentí manipulada..., yo no contaba para nada..., todo el mundo decidía por mí. (Alicia) [QU:5 2:207-325]

Y el hospital... te quita todo eso... porque es muy impersonal (silencio). (Candela) [QU:2 13:1408-1467]

Y... y... problemas que se dan en un hospital de... de falta de atención humanizada y... y prisas. (Santi) [QU:6 1:1689-1767]

Lamentan que se separe a la mujer de la pareja, de su familia y sobre todo del/a recién nacido/a, obstaculizando con ello el apego precoz; lo que se efectúa sin causa médica justificada o para hacer pruebas que la evidencia científica demuestra que se pueden realizar posteriormente (Benítez, 2008). Así, nos dicen:

Te quedas ahí abandonada a la mano del Señor, no tienes a tu marido, no tienes... Sí pasan a verte, pero estás como indefensa, no sé... Necesitas otro apoyo, entonces como que eso (silencio) mmm, mmm ¡me echaba pa atrás! (Yaiza) [QU:13 63:499-627]

Enseguida se te llevan al niño... (Mati) [QU:11 13:966-1028]

En opinión de Dante, Candela y Amanda, en su hospital no se respetaba la intimidad que deseaban, aunque hay que señalar que ninguna de las mujeres ha manifestado, como hicieron en Kitzingen (2006), que este hecho fuera vivido como una especie de violación.

Pues entonces nosotros no queríamos eso tan falto de (silencio), de intimidad de... ¡no sé! (Dante) [QU:3 16:962-1052]

Porqué al haberlo vivido en hospitales, aunque tuve partos muy llevaderos, pero no lo pude vivir, lo viví rodeada de... de lo que todos sabemos ¿no?, rodeada de personas que eran amables, pero eran personas, no eran personas de mi confianza, eh mi confianza, en el sentido de personas cercanas a mí, eran personas desconocidas... (Amanda) [QU:27 1:519-881]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Y al igual que en Catling-Paul y otros (2010), manifiestan que, una vez que entras en un centro hospitalario, la atención está totalmente protocolizada, por lo que la mujer pierde su autonomía, su capacidad de decidir y su protagonismo:

Todos los partos, incluso hasta los menos complicados en un hospital tienen un protocolo. (Santi) [QU:6 5:970-1140]

Tú... te entran, te ponen en un potro, allí uno entra, el otro sale... tú... eh... ¡tú eres el último mono!, que a lo mejor te dicen: ¡Ahora respira! Pero eso es para lo único que se..., que se refieren a ti, el resto lo mueven ellos. (Alicia) [QU:5 10:888-1025]

Lindgren y otros (2006) señalan que en el hospital también se vulneran el principio de no maleficencia y el derecho a la integridad física por la excesiva medicalización y el alto grado de intervencionismo. Así, al igual que en Valdez-Santiago (2013), señalan que se realizan numerosas prácticas invasivas y no recomendadas como tactos repetitivos, amniorraxis, episiotomías, Kristeller, cesáreas, administración de oxitocina...

Que parece que el parto tiene que ser en... ¡que es como una operación! que tiene que ser en un hospital y en un quirófano. (Mati) [QU:11 2:326-445]

Sensación de... de operación quirúrgica de alto riesgo que tienen hoy los partos en los hospitales ¿no? (Santi) [QU:6 4:356-472]

Señalar que todas estas prácticas que hacen que estas parejas sientan que sus derechos están siendo vulnerados están tipificadas como violencia obstétrica (Derecho de las Mujeres, 2007; Valdez-Santiago, 2013; Longo y otros, 2011).

La institucionalización y la medicalización lleva a algunos/as de las participantes a afirmar que en el hospital hay «más riesgos» (Jackson y otros, 2012) y eso puede suponer una grave amenaza para la salud (Illich, 2006b). Y en contra de lo que la mayoría de la sociedad cree (Blázquez, 2009), están convencidos/as de que en los hospitales también se presentan complicaciones (Anthony y otros, 2005) y de que el parto domiciliario es más seguro tanto para la madre como para el/la recién nacido/a (Boucher y otros, 2009; Bedwell y otros, 2011), ya que hay menos probabilidad de sufrir inducciones, episiotomías, fórceps, ventosas o cesáreas innecesarias:

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

¿Que es peligroso? Pienso que hoy en día, para mí, un parto, en un hospital, creo que es más problemático. (Jaime) [QU:16 44:159-319]

Y... yo decía, si donde me arriesgo es en el hospital (ja,ja,ja)... Donde se veía que, en partos... normales, incluso era hasta más seguro un parto domiciliario. (Elvira) [QU:15 18:139- 298]

Que parece que en el hospital estés a salvo de todo ¿no? De que si se complica el parto, bueno, pues estás en el hospital y ya está,...como si fuese... (Silencio), como si fuese, no sé... ¡Lourdes!, De que ahí... si pasa algo: “No te preocupes, ¡se obra el milagro y todo va perfectamente”. Cuando también... si lees un poquito, pues también hay complicaciones, ¡como en todos sitios! (Álex) [QU:4 17:1090-1507]

Señalar que estas creencias en numerosas ocasiones se apoyan en experiencias propias o de conocidas. Así, algunas de las entrevistadas manifiestan haber vivido una experiencia traumática en un parto hospitalario (Boucher y otros, 2009; Cossio, 2007; Viisainen y otros, 2001):

Entonces, yo lo pase ¡tan mal, tan mal!... (Mati) [QU:11 1:520-565]

Entonces, ¡mi madre lo pasó muy mal en el hospital! (Elvira) [QU:15 25:793-837]

Para estas parejas era fundamental el poder elegir a la matrona o ginecóloga que les iba a acompañar (Boucher y otros, 2009; García, 2006; Janssen y otros, 2009; Konelsen y otros, 2010), sobre todo porque les garantizaba que se iban a respetar a lo largo de todo el proceso sus derechos, sus deseos, sus necesidades... Y no querían arriesgarse a depender de la suerte, de que en el hospital «te tocara» un profesional más o menos respetuoso:

Para mí era fundamental que la persona que hacía el seguimiento de mi embarazo luego tenerla en el parto, pues entonces yo también de entrada me fui a buscar a ese profesional, no me fui al sistema sanitario donde no sabía lo que me iba a encontrar, esa es la primera premisa. (Manoli) [QU:25 3:152-439]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Yo quiero que la persona que esté, sea la persona que yo quiero que esté, o sea, si ya no es por la persona, sino por el tipo de persona que yo quiero que esté. (Jaime) [QU:16 47:795-919]

De este modo, Morison y otros (1998) señalan que son mujeres que buscan una relación de igualdad con la profesional y la consiguen en el parto en el domicilio.

Respecto al papel del padre en el parto hospitalario, coincidiendo con lo señalado por Maroto (2009), consideran que, aunque hace años que los padres entran en el paritorio acompañando a la mujer, estos tienen poco protagonismo y en muchas ocasiones son meros espectadores y no se les permite sentirse coprotagonistas del proceso (Lindgren y Erlandsson, 2011; Maroto y otros, 2009). Es por lo que prefieren el parto en el domicilio, ya que pueden participar más activamente en el nacimiento (Hendrix y otros, 2010). Resaltar que en ambos lugares el padre es proveedor de apoyo (Nieri, 2012; Taylor, 2010; Welch, 2001) y puede estimular a la madre a expresar sus sentimientos (Rejaná y otros, 2001).

El padre tiene mayor participación. (Ethel) [QU:31 0:28:03:11-0:28:25:13]

Porque... los hombres, eso (silencio)..., no tenemos casi nada que ver, [...] y entonces con..., con un parto hospitalizado... bueno, pues todavía es peor ¿no?, vamos donde el hombre... ¡no cuenta para nada! ¿No? (Santi) [QU:6 3:1464-1720]

Igualmente, reconocen que se están produciendo cambios en la atención que se da durante el parto en los hospitales, encaminados a asistir al nacimiento con un mayor respeto a los derechos y a la fisiología. Pero también creen que estos todavía son más teóricos que reales, que no hay unanimidad en la atención obstétrica y que todo depende de la voluntad del/a profesional.

Pero ahora, por lo que he oído, tampoco puedo decirte... que bien, que las cosas van por lo visto mejor... (Álex) [QU:4 7:823-928]

Sí, yo sé que está la intención del parto respetuoso, pero la impresión que a mí me da, que es totalmente personal, que aprovechan la mínima oportunidad para... llevárselo a su terreno. (Marc) [QU:18 24:8-193]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Y si te tocaba alguien pues un poco enrollado pues a lo mejor te iba a tener más en consideración y si tocaba uno menos enrollado pues ¡ibas... a tragar con lo que dijese! (Enya) [QU:9 22:899-1044]

Este hecho está corroborado en el informe *La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática* (Maceira, y otros, 2009), en el que se señala la existencia de una gran diferencia entre los procedimientos realizados en los distintos hospitales españoles a lo largo del año 2007.

Aunque dar a luz en el hospital no fue su opción elegida, no son temerarios y tienen claro que recomendarían ir al hospital en algunas circunstancias concretas (ACNM, 2005; Amooti-Kaguna y Nuwaha, 2000; Jansen, 2006; Magoma y otros, 2010 y Mrisho y otros, 2007). Así, hay unanimidad entre los/as participantes en considerar que el hospital es el lugar idóneo y más seguro en caso de que existan factores de riesgo o surjan complicaciones.

Y si en el momento, cuando llegara el momento habría alguna complicación que indicara que eso era una barbaridad... pues, entonces... iríamos al Hospital. (Dante) [QU:2 12:1133-1289]

Incluso allí en Holanda si hay algún problema durante el embarazo no te dejan... [Silencio] parir en casa, tienen que ser en el hospital. (Dacio) [QU:20 8: 580-853]

¡Pero lo tendré en mi casa!, siempre claro que el parto, o sea que el embarazo... lo permita, pues si entras en un embarazos de riesgo pues claro, lógicamente una suicida no era... (Alicia) [QU:5 2:77-129]

También algunas investigaciones indican que, en el caso de caso ser primíparas, está indicado acudir al hospital porque en el parto en casa, como señalan Buekens y Keirse (2012), hay una mayor incidencia de niños con Apgar bajo. Igualmente Rowe y otros (2013) afirman que, aunque no hay unanimidad, parece que en las primíparas hay una mayor probabilidad de realizar un traslado al hospital. Esta recomendación es apoyada por alguna de las entrevistadas:

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

¡Yo no se lo recomiendo a nadie que tenga el primer parto!, pero desde luego para el 2º me parece magnífico... (Alicia) [QU:5 9:1323-1434]

Estas parejas saben que el parto en casa tiene algunos inconvenientes y que es necesario que se cumplan ciertos requisitos. Entre los inconvenientes destacan que no está financiado por el sistema público de salud, que no cuenta con aceptación social y que con frecuencia se depende de un solo profesional. Los requisitos son los señalados por Vedam (2003): contar con la presencia de un/a profesional, que el embarazo y el parto sean de bajo riesgo y que haya un hospital cercano.

Todos estos aspectos serán tratados con mayor profundidad en los apartados “Apoyos/críticas en la decisión del parto en casa” (p. 168) y en “Prácticas relacionadas con la decisión del parto en casa” (p. 179).

Tabla 15. Creencias sobre el parto hospitalario que influyen en la decisión del parto en casa

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
Vulneración del derecho a: Toda referencia al no respeto de los mismos	Trato digno Toda referencia a maltrato, trato impersonal separación, deshumanización	Huía de protocolos hospitalarios rígidos y pre-establecidos, sin respeto a mis necesidades o deseos. (Manoli) [QU:21 1:926-1025]	Era el..., la falta de (Silencio) bueno de humanidad. (Mario) QU:12:46 9:896-952
	Intimidad Toda referencia al espacio privado y personal	Intimidad,... el hospital no nos daba nada de intimidad..., no nos daba un ambiente... nuestro. (Candela) [QU:2 12:1406-1448]	

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

	<p>Integridad personal Toda referencia a intervenciones que producen daños</p>	<p>Me..., me hincharon a golpes la barriga para que saliera el niño..., la barriga toda morada (con sonsonete). Bueno, ¡horror!, ¡yo lo recuerdo aquello con horror!, (se refleja en su cara). (Alicia) [QU:5 2:288-395]</p>	<p>Porque se interviene demasiado. (Jaime) [QU:16 44:321-412]</p>
	<p>Autonomía Toda referencia a la libertad para tomar decisiones y realizarlas</p>	<p>En plan de que yo no sé decidir lo que es bueno es para mí... (India) [QU:19 17:25-220]</p>	<p>Eso era el manual... el manual por encima de todo... (Santi) [QU:6 26:1052-1101]</p>
	<p>No maleficiencia Toda referencia a medicalización o intervencionismo</p>	<p>Lo que se escuchaba por aquí, “llegas al hospital, te ponen la oxitocina, te empotran en la cama, te ...”. (Yaiza) [QU:13 1:760-940]</p>	<p>Habíamos escuchado que había mucho intervencionismo. (Álex) [QU: 4 2:1444-1487]</p>
<p>Más riesgos Toda referencia a la percepción de que es más peligroso.</p>		<p>Para mí, eso sí, en ese sentido sí que había peligro entre comillas, no peligro de muerte o peligro de... pero bueno. (Elvira) [QU:15 22:633-734]</p>	<p>Ya, pero es que en el hospital, no sé por qué, surgen más complicaciones, bueno, sí que entiendo por qué, hay estudios que lo dicen. (Jaime). [QU:1620:64-254]</p>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

<p>Padre espectador</p> <p>Toda referencia a que el padre no puede participar</p>		<p>El padre sobre todo, es como más..., aunque te ayude, esta como más espectador. (Enya) [QU:9 7:962-1070]</p>	<p>El padre mientras tanto estaba en la sala de espera, y que te llamaban para el expulsivo. (Alberto) [QU: 12:144-510]</p>
<p>Hay cambios</p> <p>Toda referencia a modificaciones en la asistencia</p>		<p>Pero que en principio que sí, que se estaban teniendo protocolos de muchísimo más respeto por las madres. (Espe) [QU:17 2:1421-1521]</p>	<p>Supongo que... hoy en día, pienso que eso se está haciendo, hay cambio. (Marvin) [QU:14 37:671-742]</p>
<p>Está recomendado</p> <p>Toda referencia a aconsejar el parto en el hospital</p>	<p>Si complicaciones</p> <p>Toda referencia a factores de riesgo</p>	<p>Claro, si tienes riesgos hay que parir en un hospital. (India). [QU:19 5:461-516]</p>	<p>Cuando uno tiene un problema, ¿sabes? Se va al hospital, que para eso están los hospitales. (Jaime) [QU:16 6:371-502]</p>
	<p>Si primer parto</p> <p>Toda referencia al primer parto</p>	<p>Yo un primer parto no lo haría en casa. (Alicia) [QU:5 9:908-947]</p>	<p>Yo con el primero [...] no me lo planteo, ¡hasta que no vi el primero! (Marvin) [QU:14 29: 406-508]</p>

Tabla de elaboración propia

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Tabla 16. Creencias sobre el parto en casa que influyen en la decisión del parto en casa

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
<p>Se nació en casa</p> <p>Toda referencia a que se nació en casa</p>		<p>Yo... siempre les digo: ¡si antes todo el mundo nacíamos en casa! (Alicia) [QU:5:41 6:642-782]</p>	<p>Mis hermanos que son más pequeños, los dos nacieron en casa (...) (Alberto) [QU:10 2:886-947]</p>
<p>Salirse de la norma</p> <p>Toda referencia a que el parto en casa rompe las reglas habituales</p>		<p>Ya te digo, más que casa, en casa, sí queríamos diferente, algo totalmente diferente, no la normativa... (Yaiza) [QU:13 8:11-8:317]</p>	<p>Siempre que rompes un poco el... orden establecido. (Jaime) [QU:16 65:218-276]</p>
<p>Lo mejor</p> <p>Toda referencia a que el pec es preferible o más conveniente.</p>	<p>Respeto derechos</p> <p>Toda referencia a que en el pec se aceptan los derechos de las parejas</p>	<p>En casa tengo garantizado que se va a respetar lo que yo deseo... el modo en el que deseo parir. (Ethel) [QU:31 0:20:03:11-0:20:45:13]</p>	<p>Pero porque... te respetan tu proceso, si respetan el proceso... que es sobre todo lo más interesante. (Álex) [QU:4 19:198-300]</p>
	<p>Más seguro</p> <p>Toda referencia a que en el pec se está más libre y exento de peligro, daño o riesgo</p>	<p>Los sistemas ¿no?, holandeses. Lo que la OMS dice los que menos morbi-mortalidad tienen y tienen partos en casa. (Manoli) [QU:25 28:507-600]</p>	<p>Pero que si se hace bien, es, ¡tiene menos riesgos que el parto!, para mí, en el hospital. (Jaime) [QU:16 43:967-1028]</p>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
	Eliges profesional Toda referencia a que en el pec se puede escoger el profesional	Y contacté con la matrona, que la atendió y entonces, entonces, fui a su casa. (Mati) [QU:11 2:770-913]	Dices: “Mira, que yo no quiero depender del azar”. (Jaime) [QU:16 47:742-799]
	Padre participa Toda referencia a que en el pec el padre toma parte	Aquí es que éramos los dos... (Sonrisa). Y aquí, éramos nosotros... los que... ¡los que realmente parimos! (Enya) [QU:9 7:1301-1369]	Si las cosas salen bien, de hecho yo creo, que el hombre se integra más en ese parto que en el hospital. (Santi) [QU:6 21:949-1068]
Inconvenientes Toda referencia a impedimentos u obstáculos	No Financiado Toda referencia a que el pec tiene que ser pagado por la pareja	Sí, claro, yo le tuve que pagar a la matrona, le pagué, no me acuerdo cuanto (silencio)..., pero... ¡le tuve que pagar!, pero no me importaba. (Mati) [QU:11 52:859-1001]	El primer parto fueron 2000..., o fueron 1500, 1600 euros y el segundo... fueron 2000 euros. (Marvin)[QU:14:39 29 1501- 1531]
	Rechazo social Toda referencia a comentarios de condena u oposición al pec	Y había gente que le pareció una insensatez. (Enya) [QU: 10:865-1018]	No, no, ¡no era bien acogido! (Mario) [QU:12 14:157-14:162]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
	Dependen de un/a profesional Toda referencia a que en el pec están atendidos a un/a sola profesional	Yo creo que Alicia es la única que lo hace. (India) [QU:19 29:224-300]	Y cuando nos enteramos que, que Alicia era la única persona pues, pues nos pusimos en contacto con ella. (Dacio) [QU:20 20:486-835]
	Enfrentamiento familiar Toda referencia a que el pec ha llevado a conflictos familiares	Mi madre no entiende nuestra decisión. (Ethel) [QU:31 0:23:42.30-0:23:57.20]	Claro, tú estás muy seguro pero tu entorno... es un poco hostil, sobre todo por parte de mi familia. (Jaime) [QU:16 8:1038-1114]
Requisitos Toda referencia a elementos que en el pec son necesarios	Con profesional Toda referencia a que en el pec es necesaria la presencia de un/a profesional	Claro siempre con una matrona ahí, ¡no así a la aventura! (Mati) [QU:11 23:314-375]	Yo lo que no podía era asumir que... hubiera un parto sin, sin un control ginecológico. (Santi) [QU:6 2:104-1116]
	Riesgo bajo Toda referencia a que todo el proceso obstétrico debe desarrollarse con normalidad	Siempre y cuando en principio, la perspectiva fuera que era un parto... normal. (Candela) [QU:2 2:805-888]	Si se hubiese detectado algún problema no lo hubiésemos ni intentado tener. (Marvin) [QU:14:30 24:749-799]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
	Cercanía hospital Toda referencia a que en el pec es necesaria la proximidad de un hospital	O a Alicante o a la clínica que está a media hora, menos de media hora, la clínica Benidorm está a un cuarto de hora... (Candela) [QU:2 9: 1135-1251]	Lo primero que hicieron las matronas es decir: “bueno, a qué distancia tenemos el hospital, qué dos hospitales tenemos más...” (Marvin) [QU:14:27 24:15-95]

Tabla de elaboración propia

Apoyos/críticas en la decisión del parto en casa

En toda toma de decisiones juegan un papel importante los apoyos y críticas que se reciben durante la misma. El principal apoyo en esta decisión es el de la pareja junto al de la profesional que las asiste, aunque los familiares y amigos también ejercen un papel muy influyente.

Papel del padre en la decisión del parto en casa

Es importante señalar que los participantes en esta investigación son a la vez el marido, pareja o compañero y el padre de esos/as niños/as que están por nacer y tienen creencias y valores marcados por los modelos de masculinidad/paternidad hegemónicos (Bonino, 2002) que van a influir en sus prácticas (Oberman, 1994). Aunque a la vez, son exponentes de las nuevas masculinidades/paternidades, como se pone de manifiesto en el hecho de que son dialogantes, que hablaron en mucho con su mujer para tomar la decisión (Lindgren y Erlandsson, 2011).

Y... vas viendo que el embarazo... y vas hablando y vas viendo que no pasa nada... ”. (Santi) [QU:6 22:563-642]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

La masculinidad hegemónica marca que los padres son los que tiene el poder y la capacidad de decidir (Figueroa y Franzoni, 2011). Así, distintos autores (Bedwell y otros, 2011; Viisainen y otros, 1998) señalan que estos pueden determinar el lugar donde se va a producir el parto, siendo su opinión decisiva especialmente en el nacimiento en casa. Así, estas parejas sabían que, para que el parto se produjera en el domicilio, ambos tenían que estar de acuerdo (Lindgren y Erlandsson, 2011) y era imprescindible que el padre apoyara dicha opción (Mottram, 2008; Lindgren y Erlandsson, 2011). Así lo afirma también Manoli:

Y claro, la decisión final siempre entre los dos. (Manoli) [QU:26 27:58-110]

En cambio, en los países en desarrollo es el hombre el que suele tomar la decisión de que el nacimiento sea en el domicilio, sin tener en cuenta los deseos o necesidades de la madre (Tejada y otros, 1999).

Al mismo tiempo, los entrevistados fueron respetuosos con los deseos de su mujer y afirman que la decisión final le correspondía a ella, ya que era la que iba a dar a luz (Martínez-Mollá y otros, 2013). Y al igual que en Lindgren y Erlandsson (2011) consideran que su principal papel era el de acompañar a la mujer en su decisión.

Bueno sobre todo fue por respeto a la decisión de la madre. (Álex) [QU:4 7:589-642]...

Un poquito dejando que fuera la decisión de la.... de la... de mi mujer, en ese momento ¿no? Porque era ella quien realmente... lo tenía que tener. (Mario). [QU: 12:8 1:1153-1299]

La decisión..., eh....la toma Enya y yo le acompaño. (Alberto). [QU:101:650-718]

Es por lo que cuando su mujer les propuso que el parto fuera en el domicilio, solo uno de los informantes, que es médico, rechazó inicialmente la idea; el resto de padres la apoyaron desde el primer momento.

Entonces mi marido me dijo: ¡Tú estás loca!... (Alicia) [QU:5 3:418-484]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Pero... eh, desde el primer momento que surgió la idea, pues... yo la apoyaba..., la apoyaba... activamente. (Mario). [QU:12 1:693-798]

Actitud que contrasta con los resultados de Bedwell y otros (2011) y de Lindgren y Erlandsson (2011) en los que se pone de manifiesto que la reacción más habitual de los padres en los países occidentales es rechazar el parto domiciliario e intentar convencer a la mujer para que cambie de idea, a la vez que puede resultar difícil convencerlos para que acepten esta opción (Hazard, 2007).

Destacar que no se aprecia en los discursos de estos padres un deseo de controlar la situación, elemento importante en el modelo de masculinidad tradicional y al que sí hacen referencia tanto Lindgren y Erlandsson (2011) como Hendrix y otros (2010), ya que señalan que uno de los principales motivos por el que los padres escogen el parto en casa es que en el mismo pueden controlar el proceso obstétrico.

Tabla 17. Papel del padre en la decisión del parto en casa

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO	UNIDAD DE SIGNIFICADO
		Mujer	Hombre
Dialogan Toda referencia a plática entre dos o más personas que buscan un trato o avenencia	Muy hablado Toda referencia a comunicarse para tratar, convenir, concertar	Y luego pues fue muy hablado y sí... (Manoli) [QU:25 27:20-56]	Siempre lo habíamos hablado. (Alberto) [QU:10 1:533-560]
	De acuerdo los dos Toda referencia que hace el hombre sobre la necesidad de que estén conformes		Es una cosa que... hay que tenerlo muy claro, además por las dos partes ¿no? (Marvin) [QU:14:12 9:119-177]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

<p>Respetan</p> <p>Toda referencia a tener miramiento, consideración, deferencia</p>	<p>La decisión la toma ella</p> <p>Toda referencia que hace el hombre sobre que la decisión la toma la mujer</p>		<p>Porque la mujer es la que tiene que tener la seguridad. (Jaime) [QU:16 59:311-359]</p>
	<p>Yo no lo voy a tener</p> <p>Toda referencia que hace el hombre sobre quien va tener al hijo/a</p>		<p>Por mucho que yo diga pues sí o pues no, como yo no voy a parir... (Alberto) [QU:10 1:1278-1542]</p>
<p>Apoyan</p> <p>Toda referencia sobre al apoyo del hombre a la decisión de la mujer</p>			<p>Hombre, yo la... apoyaba... (Mario) [QU:12:9 1:1300-1321]</p>
<p>Acompañan</p> <p>Toda referencia acerca del papel del padre como acompañante de la mujer</p>			<p>La... la pareja puede acompañar. (Jaime) [QU:16 59:366-369]</p>

Tabla de elaboración propia

Papel de los/as profesionales en la decisión del parto en casa

Los/as profesionales obstétricos/as pueden apoyar o rechazar la decisión del parto en el domicilio. Las encargadas de asesorar a estas parejas son los/as matronas o ginecólogos/as que las asisten.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Para que el parto se pudiera realizar en el domicilio contaron con el apoyo de una matrona o ginecóloga que las asistió, con excepción de la que optó por el parto libre. Tres de estas mujeres fueron acompañadas por matronas de pueblo que habían atendido los partos en casa antes de que se impusiera el parto hospitalario, en seis ocasiones por una ginecóloga y en dos por matronas que forman parte de colectivos, todas ellas profesionales tituladas. No sucede lo mismo en países como Estados Unidos, donde la atención al parto en casa puede ser realizada por parteras no tituladas (Declercq y Stotland, 2014) y donde los médicos solo son llamados en caso de partos domiciliarios no planificados (Declercq y otros, 2010). Igualmente, en los países menos desarrollados es frecuente la carencia de profesionales cualificados, como sucede entre otros en India, Pakistán, Guatemala, República Democrática del Congo, Kenia y Zambia (Garcés y otros, 2012).

En la Tabla 18 se exponen los datos sobre las profesionales que asistieron los partos de las participantes en este estudio.

Tabla 18. Profesionales que atienden los partos, profesión, parejas atendidas, zona de influencia, con quién trabaja y dónde recomienda que se realice el traslado

Profesional	Profesión	Parto de	Zona de influencia	Trabaja con	Previsión traslado a
Alicia Fontanillo	Ginecóloga	Manoli, Enya, Espe, India, Ethel	Provincia Alicante	Doula	SS/Privada
Nieves Teresa	Matrona	Alicia	S. Vicente Raspeig	Sola	Privada (Cl. Vistahermosa)
¿??	Matrona	Mati	Sax	Sola	SS
M ^a Ángeles/Idoia	Matrona	Yaiza	Pamplona/ Logroño	Pareja	SS
Rosa	Matrona	Amanda	Vega Baja	Sola	SS
Colectivo Ocean	Matronas	Elvira (1er parto)	Granada	Pareja de matronas	SS
Colectivo Génesis	Matrona	Elvira (2º parto)	Madrid	Pareja de matronas	SS
Pareja	Enfermero	Candela	-	-	SS

Tabla de elaboración propia

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Los/as profesionales que acompañan nacimientos en casa asesoran a las parejas, dándoles información sobre el mismo, sobre las posibles complicaciones que pueden surgir y sobre el material que tienen que preparar. Así, el COIB (2010) aconseja que el/la profesional visite el domicilio antes de la semana 37 para comprobar que reúna las condiciones necesarias; para conocer a las personas que van a participar en el parto y ver cómo se sienten respecto a la idea del parto en casa; y para asignarle a cada uno/a su tarea, siempre teniendo en cuenta los deseos de la gestante. Estas parejas nos informan que así lo hizo su matrona o ginecóloga:

Pero en fin también la ginecóloga, Alicia, me, me centraba mucho en la realidad, la ginecóloga me decía: “esto puede ser un parto por el mal en casa, mal a medio camino y mal en el mejor hospital del mundo”. Alicia sí que me centraba mucho. (Manoli) [QU:25 4:337-702]

Porque antes que nada ella vino, estuvo mirando las.... como teníamos montada la casa y demás, entonces, bueno... para dar su opinión, si era viable a o no era viable, y entonces vio que sí.... y bueno... seguimos adelante. (Álex) [QU:4 14:656-875]

También hay profesionales, como los/as pediatras, que sin estar directamente relacionados/as con el momento del nacimiento respetan y apoyan la decisión de estas parejas:

(Del pediatra) “No, no, es que también, respetando la decisión, sin más, no puso ninguna... ningún tipo de pegas (silencio). Todo lo contrario, nos dio más facilidades que otra cosa, y nos dijo: “pues bien, bien, no os preocupéis, que yo paso....cuando nazca me llamáis, y... y paso, le hago, le hago la revisión...” (Álex). [QU:4 20:134-462]

Cuando los/as entrevistados/as informaron a distintos/as profesionales sanitarios/as de su opción, la reacción más frecuente fue rechazarla y recomendarles, al igual que en Lundgren (2010), que el parto se produjera en el hospital, porque en casa era muy peligroso. Así nos cometan:

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Como un amigo que es pediatra se lo comenté y me dijo: “estás loco... eh, el parto es tal y no sé qué..., yo veo muchas cosas..., llevar cuidado. (Alberto) [QU:10 6:189-557]

El ginecólogo dijo: “¡hombre!, esto es muy arriesgado, esta edad... y siendo después de 10 años”. (Santi) [QU:6 22:672-1027]

Tabla 19. Papel de los/as profesionales en la decisión del parto en casa

CATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO	UNIDAD DE SIGNIFICADO
	Mujer	Hombre
Apoyan Toda referencia acerca del apoyo de los/as profesionales a la decisión del pec	Esto fue respetado... tanto por la primera matronas como por la segunda que era una chica diferente.... y fue muy respetado y muy, muy admirado. (Manoli) [QU:25 28:113-1308]	
Asesoran Toda referencia acerca de la información que los/as profesionales dan sobre el pec	Entonces hicieron una visita a casa pasada la semana 37. (Elvira) [QU:15 55:679-735]	Tuvimos una entrevista con ella, hablamos y nos, nos convenció la idea. (Álex) [QU:2 2:335-475]
Rechazan Toda referencia acerca de los comentarios de oposición al pec de los/as profesionales	Y el pediatra ese dijo: Por locas como esa, luego los críos tienen que sufrir riesgos innecesarios. (Enya) [QU:9 12:729-834]	He hablado con [Ginecólogo 3], me ha dicho que puede pasar esto y... lo otro. (Alicia) [QU:5 22:231-306]

Tabla de elaboración propia

Papel de la familia y amigos/as en la decisión del parto en casa

Los familiares y los/as amigos/as también pueden jugar un papel importante en la decisión del parto en casa, aunque estas parejas no siempre contaron con su apoyo.

Así, la familia como transmisora de creencias y valores influye en la percepción que los/as entrevistados/as tienen sobre el parto:

Yo nací en casa y siempre se me ha transmitido el parto como algo fisiológico que forma parte de la vida de la vida de la mujer, ...de la vida de la familia, porque mi padre también estuvo mi parto.... Y yo siempre lo, lo tenía ahí presente. (Manoli) [QU:25 1:240-380]

En mi casa nunca se..., no les pareció nada del otro mundo, porque mi madre había parido en casa..., los dos hijos y enton... y bueno y toda la gente de mi pueblo había parido en casa, siempre... (Dacio) [QU:3 11:1296-1489]

Estas parejas reconocen que es una decisión que no cuenta con el apoyo de la sociedad, que la mayoría de las personas rechazan la opción del parto en casa porque consideran que es la opción que más riesgos tiene (Blázquez, 2009).

Sí, claro... no es entendido en la sociedad en la que vivimos, no se entiende (con determinación, con genio). (Manoli) [QU:25 5: 47-592]

Una vez que los demás son informados de la decisión del parto en casa, estos pueden reaccionar apoyándola o rechazándola. Sjöblom y otros (2012) afirman que el rechazo está relacionado con la creencia de que el parto en casa podía suponer la muerte de la madre y/o del hijo/a. Así, tan solo dos de las parejas contaron con el apoyo de sus familiares, el resto recibieron críticas y sufrieron rechazo por considerar que su decisión era una irresponsabilidad (Lundgren, 2010). Es por lo que al igual que en Sjöblom y otros (2012) fueron presionados/as para que cambiaran de idea, lo que en algunas parejas supuso el enfrentamiento directo con sus familiares o amigos/as.

Pero según se lo expliqué, dijeron: “ostras, ¡qué bien!”, sobre todo mi padre, era... una cosa de... ¡Ostras, que bien y que...! (Elvira) [QU:15 26:42-241]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Yo estoy convencido de que la familia de Candela no solamente no lo aceptaría sino, ¡que no me lo perdonó durante mucho tiempo! De hecho... en el parto de la segunda niña... yo... tenía... ¡miedo por la familia!,... (Dacio) [QU:3 11:115-253]

Pues algunos te dice: “¿te lo has pensado?... Que si pasa algo, que si...” (Yaiza) [QU:13 3:156.210]

Sin embargo, en otras ocasiones, cuando les dijeron a sus amigos/as que iban a tener o que habían tenido el parto en casa, estos/as llegaron a manifestar admiración por haberse atrevido a llevar a cabo dicha opción:

«Oye, pues que valiente» ¿eh Fijate, pues yo... como siempre.... Y que valiente... y algunas mujeres me decían: «si yo fuera más valiente.... También lo tendría en casa...». (Santi) [QU:6 14:434-682]

Para buscar apoyos y comprensión, al igual que en Sjöblom y otros (2012), algunas/os de los/s entrevistados/as se pusieron en contacto con parejas que habían tenido el parto en casa ya que, tal y como señala García-Carabantes (2006), pueden asesorarles y animarles a vivir su misma experiencia. Así:

Yo estaba, pues entre tres o cuatro meses de embarazo del primero, que... estas matronas organizan..., pues a lo mejor como un par de veces al año, unos picnics,[...], donde... se juntan todas las mujeres que han parido con ellas, todas las que quieran, y ¡bueno... increíble! Hacían..., yo asistí a lo que llaman ronda de partos, la primera ronda de partos que... se sientan en círculo y empiezan a contar sus experiencias, y claro, ¡yo escuché cada cosa! (Ja,ja,ja), que yo... y todas allí, con bebés, allí dando el pecho, y yo dije: “bueno, ya está, no tengo dudas. (Elvira) [QU:15 10:1047- 11:233]

Ella nos comentaba como lo había tenido... claro rodeado de todos los hermanos.... y del marido y, y...bueno y pues todos allí, haciendo la fiesta del nacimiento de un nuevo hermano. (Candela) [QU:3 10:1992-1774]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Tabla 20. Papel de la familia en la decisión del parto en casa

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
<p>Apoya</p> <p>Toda referencia acerca de los apoyos de la familia al pec</p>		<p>Mi suegra estaba muy feliz. (India) [QU:19 14:225-248]</p>	<p>¡Hombre! la familia de Elvira apoyó el proceso desde el principio, y lo vio muy bien. (Jaime). [QU:16 51:232-325]</p>
<p>Rechaza</p> <p>Toda referencia acerca de los comentarios de los familiares oponiéndose al pec</p>			<p>Recibí críticas por parte de la familia de ella y tal que: ¡qué locura!... que si hubiera pasado algo. (Dante) [QU:2 14:1101-1257]</p>

Tabla de elaboración propia

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Tabla 21. Papel de los/as amigos/as en la decisión del parto en casa

CATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
<p>Apoyan</p> <p>Toda referencia acerca del apoyo de los/as amigos/as a la decisión del pec</p>	<p>Las amigas me animaban muchísimo. (Enya). [QU:9 3:399-453]</p>	
<p>Rechazan</p> <p>Toda referencia acerca de los comentarios de oposición al pec de los amigos/as</p>	<p>¡Tú sabes las cosas que pueden pasar, de todas...! (Amanda) [QU:27 3:1453-1507]</p>	<p>¿De verdad?, ¿eh? Verdad, ¿eh? Eso es súper tonto, ¿tú sabes cuántos riesgos, no sé qué? (Dacio) [QU:20 23:4-123]</p>
<p>Asesoran</p> <p>Toda referencia acerca de la información que los/as amigos/as dan sobre el pec</p>	<p>Una compañera de la universidad que a los tres los había tenido en... su casa. Y hablando con ella, pues ya me fue tranquilizando. (Mati) [QU:11 2:532-667]</p>	<p>Fuimos a los amigos: “oye, ¿qué tienes, qué has leído?” Pues toma otro. (Ramón) [QU:32 0:50:05:11-0:50:43:13]</p>
<p>Admiran</p> <p>Toda referencia acerca de las expresiones de admiración de los amigos/as</p>	<p>Mis amigas dicen: ¡uy yo no me atrevo! ¡Uy, yo no soy tan valiente! (Enya) [QU:9 17:164-2017]</p>	<p>Se alegraron mucho... como que habíamos sido muy valientes (silencio). (Mario) [QU:12 17:1110-1202]</p>

Tabla de elaboración propia

7.2.3. Prácticas relacionadas con la decisión del parto en casa

Para que el parto se realice en el domicilio, las parejas tienen que llevar a cabo una serie de prácticas o “actividades”, como son tomar la decisión y realizar los preparativos necesarios.

Tabla 22. Prácticas relacionadas con la decisión del parto en casa

PRÁCTICAS	DEFINICIÓN
Tomar la decisión	Expresiones que reflejen las acciones de estas parejas para tomar la decisión de tener el parto en casa.
Preparativos	Expresiones que reflejen las acciones de estas parejas para que el parto pueda ser realizado en el domicilio.

Tabla de elaboración propia

Tomar la Decisión

La idea de tener el parto en casa suele ser propuesta por la mujer y, tras meditarlo conjuntamente, la pareja toma la decisión y se plantea a quien decírselo.

Pitchforth y otros (2009) señalan que decidir el lugar donde se va a producir el nacimiento es muy complejo y en ello influyen la percepción de seguridad y factores socio-económicos. Al igual que en Bedwell y otros (2011), en nuestra investigación la posibilidad de vivir el nacimiento en el domicilio siempre fue propuesta por la mujer:

Fue ella a que vino un día y me lo explicó y le dije que yo no tenía ninguna objeción. (Jaime) [QU:16 1:86-245]

Estas parejas señalan que se trata de una decisión muy meditada y en la que, como afirman Jackson y otros (2012), se emplean muchos recursos y energías, considerando y sopesando los riesgos. Aunque algunos/as entrevistados/as nos dicen que lo tuvieron claro desde el primer momento:

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Y yo creo que para el segundo parto me costó tomar la decisión, eh... me costó bastante tomar la decisión, incluso una vez procesada a nivel eh... a nivel más mental que sí quería un parto en casa, había una voz dentro de mí que no se creía que era capaz de un parto en casa. (Espe) [QU:17 3:444-1098]

Y... con una decisión muy consciente,.... Muy meditada, bien acompañada,... y bueno, pues.... Muy centrada...” (Ethel) [QU:31 0:10:01.66-0:10:30.3]

En el tercer embarazo ya no había dudas, ¡dudas que superar! (Mario) [QU:12 12:187-240]

Esta idea puede surgir en distintos momentos del proceso obstétrico. Así, tanto Hendrix y otros (2009) como Murray-Davis y otros (2014) afirman que la decisión suele tomarse antes del embarazo o en el primer trimestre. En esta investigación, hay mujeres que se plantean antes de quedar embarazadas, mientras que a otras se les ocurre a lo largo del embarazo. De este modo, las participantes que ya habían tenido algún parto anteriormente tenían decidido que se realizaría en el domicilio antes de quedarse nuevamente embarazadas. Sus motivos eran tanto una experiencia negativa en el hospital como una vivencia muy positiva, lo que también señalan Boucher y otros (2009). Sin embargo, las primigestas tomaron la decisión a lo largo del embarazo y, a diferencia de lo indicado por Murray-Davis y otros (2014) en ningún caso fue en el primer trimestre.

Pues eso yo creo que... antes incluso de estar embarazada, creo que fue en... en unas clases de yoga, que oí hablar a mi profesora, [...] y a otras dos chicas, que estaban también en ello, hablar del tema y ya pues, por ahí. Dije: “¡vaya esto está interesante! (cambiando la voz), cuando yo me ponga al tema...”. Que tenía ya ganas, y entonces estando embarazada, (ja,ja,ja), estando embarazada..., al poco de estar embarazada, ya... lo pensé..., y vamos, empecé. (Elvira) [QU:15 1:93-430]

Entonces, yo lo pasé ¡tan mal, tan mal!... [...] que dije que no quería tener ningún hijo más en el hospital. Eso fue, digamos lo... ¡lo primero! (Mati) [QU:11 1:598-658]

Lo fuimos madurando los últimos meses del embarazo. (Candela) [QU:2 2:889-940]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Había ocasiones en que las parejas lo llevaban meditando desde embarazos anteriores, pero no se habían atrevido y buscaron otras opciones que les permitieran tener un parto más respetado. Por eso, Yaiza y Marvin tuvieron su primera hija en la Clínica Acuario, en Beniarbeig; y Enya y Alberto fueron a la Clínica Vistahermosa con la misma ginecóloga que después les acompañó en su domicilio:

Ya dijimos que el primero lo tuvimos en Acuario, y que el segundo lo queríamos tener en casa. (Yaiza) [QU:13 2:299-347]

Yo a las otras dos, las tuve en Vistahermosa con Alicia. (Enya) [QU:9 3:46-150]

Manoli y Álex en un primer momento se plantearon ir a la Clínica Acuario, pero después les surgió la idea del parto en casa:

Pero, surgió el tema del parto en casa, porque cuando fui a ese hospital, pues no me gustó [...]. Yo tenía una amiga en el centro de salud, [...] pues ella me habló, me comentó de una ginecóloga que hacía partos naturales, me puso en contacto con ella, y conforme fui haciendo las consultas con Alicia, pues fue surgiendo esa posibilidad. (Manoli) [QU:25 1:493-1415]

Cuando a estas mujeres se les ocurrió la posibilidad de tenerlo en su domicilio, en primer lugar informaron a su pareja y después se plantearon la opción de decirlo o no a los que les rodeaban. Así, cada pareja tomó una decisión diferente: desde decirselo a todos hasta se pensarse muy bien a quien comunicárselo:

Pues..., se lo dije: ¡A todo el mundo!... (Alicia) [QU:5 10:323-347]

Se lo hemos comentado a algunos amigos. (Pedro) [QU:32 0:31:10:11-0:30:10:59]

Pero cali... eh, claro, calibrábamos a quien decirselo, eh (silencio) lo que nos iba a aportar, si nos iba a aportar simplemente sus miedos, pues no se lo decíamos o sea porque, se lo decíamos a gente, que hubiera vivido esa experiencia, o que tuviera conocimientos de la misma. (Mario) [QU:12 17:102-394]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Mmm, no (silencio). No se lo dije, a nadie.... hasta que no pasó,... ni siquiera a mi madre... (Candela) [QU:2 14:873-484]

Los/as profesionales que atienden el embarazo en la sanidad pública no suelen ser informados de esta decisión. Lindgren y otros (2010) afirman que solo se le comunica al personal sanitario si este ha sido elegido por la gestante y su pareja. Así, tan solo Manoli y Ethel se lo dijeron a la matrona del centro de salud:

Fuimos a revisiones normales, pero no mencionamos lo del parto en casa, a propósito. (Jaime) [QU:16 62: 230-280]

A quien se lo dije, pues bueno, solo a la matrona y a nadie más... (Manoli) [QU:25 3:1189-1299]

Son distintos los motivos por los que estas parejas decidieron no informar a los demás: consideraron que no era de su incumbencia o no deseaban tener que ir dando explicaciones ni tener interferencias.

(Silencio). Pues, primero porque pensamos que no les incum..., no les incumbía, ¿no? Era algo que era nuestro,... era nuestra creación... y era algo que... que solamente dependía de nosotros. (Dacio) [QU:3 10:809-11:92]

Sobre todo también por no dar explicaciones a nadie, teníamos la decisión muy clara, muy tomada y no queríamos tampoco... No,... no hacía falta hacer partícipe a nadie más, (pausa) de una situación que era bastante personal. (Álex) [QU:2 4:438-556]

Porque... (Meditabunda). Bueno, porque no quería interferencias... ya está... No quería interferencias. De familiares, por ejemplo o amigos,... Era mi momento, mi vida, mi decisión... Y no quería interferencias... (Manoli) [QU:25 3:118-4:283]

Pero el principal motivo por el que no se lo dijeron a los/as profesionales fue que «no querían líos», ya que estaban convencidos/as de que el/la profesional iba a rechazar y criticar su opción, e incluso temían que se produjera un deterioro en la atención que estaban recibiendo.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Pues porqué, mmm, la manera de pensar de él era diferente, entonces, para no tener ningún planteamiento de decir, ¡“pues no te atiendo”! (Ja,ja,ja). Que no creo que fuera el caso, pero... (Yaiza) [QU:13 46:180-390]

Tabla 23. Prácticas relacionadas con la decisión del parto en casa: tomar la decisión

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
<p>Quién lo propone Toda referencia a la persona que plantea el pec</p>		<p>Pues la idea es unilateral, es ¡mía exclusivamente! (Alicia) [QU:5 1:263-317]</p>	<p>La idea surge ¡unilateralmente!,... ¡No bilateralmente! Surge porque ella decide tener el hijo en casa. (Santi) [QU:6 1:94-204]</p>
<p>Meditarlo Toda referencia a la valoración de la posibilidad del pec</p>		<p>Fue una decisión que tomé de una manera muy serena y tranquila..., meditada. (Amanda) [QU:27 1:869-946]</p>	
<p>Momento de la decisión Toda referencia al periodo en el que se toma la decisión</p>		<p>Lo fuimos madurando los últimos meses del embarazo. (Candela) [QU:2 2:889-940]</p>	<p>Yo no lo había planteado desde un principio. (Álex) [QU:4 5:5-50]</p>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
Decirlo Toda referencia a la información que dan sobre su decisión	Se lo digo a Toda referencia a las personas a las que se informa de la decisión del pec	Bueno nosotros es que se lo dijimos a muy poquita gente. (Enya) [QU:9 8:55-105]	Se lo comenté alguien. A... bueno pues el entorno... más íntimo. (Dante) [QU:3 9:556-772]
	No lo digo a Toda referencia a las personas a las que no se informa de la decisión del pec	Así, en la familia, nadie lo sabía, ni mis padres ni los padres de mi marido,... no les dijimos nada. (Enya) [QU:9 8:113-240]	A personas que pensábamos que iban [...] a verlo todo catastrófico y tal, pues yo prefería no comentárselo. (Alberto) [QU:10 106:678-885]
	No lo digo por Toda referencia a los motivos por los que no informan a los/as demás de su decisión del pec	Para no crear ninguna discrepancia. (Yaiza) [QU:13 46:492-497]	El no decirlo a la familia... es porqué mmm jera otro frente a superar!, o sea, porqué se iban a oponer. (Mario) [QU:12 16:343-365]

Tabla de elaboración propia

Preparativos

Son numerosos los preparativos que hay que realizar para que el parto se pueda vivir en el domicilio: buscar profesional y financiación, preparar el hogar, planificar el parto y por último, prepararse física y psicológicamente para el mismo.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

En primer lugar hay que buscar a un/a profesional altamente cualificado/a (Jonge y otros, 2009; Lindgren y otros 2008), aspecto con el que están de acuerdo la mayoría de los/as entrevistados/as:

Y bueno, estaba la matrona... allí. Que no es que dijeras: “pues lo voy a tener yo sola con un marido”... Eso no... no me atrevería ¿no? Pero estando la matrona allí, en el hospital también es la matrona. (Mati) [QU:11 13:203-403]

Aunque Candela y Dante decidieron que el/la profesional no era necesario/a, opción conocida como «parto libre» o «no asistido» que es “aquel que de manera intencional se produce en el domicilio sin ser asistido por profesionales” (Jackson, y otros, 2012) y que según afirma Freeze (2008) implica creer firmemente en que el mismo es seguro y tener una gran confianza en la capacidad innata de la mujer para dar a luz. Esta pareja tuvo a su primera hija en casa, acompañados únicamente por una chica del pueblo que había estado en algunos nacimientos. Ambos eran enfermeros, él se sentía capacitado, aunque su experiencia en partos era prácticamente nula y ella tenía una total confianza en él.

Pero... mucha experiencia no tenía, salvo alguna experiencia en el servicio de urgencias del hospital de alguien que llegaba pariendo y... (Ja,ja,ja), y luego lo coges, lo tal, lo arreglas. (Candela) [QU:2 8:294-482]

Porqué habíamos llamado a la amiga esta... que había atendido, que había atendido..., que había ayudado a algunas personas... en el parto y estaba... totalmente invisible... era una estupenda acompañante... porque lo único que... se encargaba era... pues de tener agua caliente, ... eh, de tener eh... un poco el ambiente... en, en condiciones, pero no estuvo en, en la habitación en el parto. Sabíamos que teníamos una persona al lado... no era profesional,...era una persona con experiencia, pero no profesional, que a nosotros de alguna manera nos dio una cierta...mmm... seguridad... una cierta...pero realmente eh...nuestra hija nació con nosotros dos solos. (Candela) [QU:2 6:593-1257]

Y tanto India como Mario también han contemplado la posibilidad del parto libre:

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Hasta que confías de verdad en que yo puedo, no hace falta médicos que te lo sacaran... y además (silencio), bueno..., pero de alguna manera, para mí la aventura será parir sola. (India) [QU: 19:231 21:4-445]

Investigadora: ¿tú hubieras hecho el parto solo con ella? Mario: “Sí..., sí hubiera estado así preparado... sí, pero no, ella eso no... (Mario) [QU: 12:27 6:247-326]

Pero la búsqueda de profesionales puede ser complicada. De hecho, Vedam y otros (2010) señalan que en EEUU solo el 4 % de las matronas del American College of Nurse-Midwives ofrece la atención al parto domiciliario. En España no es posible saber el número, ya que no existe ningún registro, tan solo es posible saber que los/as que pertenecen a la Asociación Nacer en Casa y que asisten a nacimientos en el hogar son 90.

Sí..., no, no, no. ¡No había muchas, sí, no, había... eh (silencio), nadie quería hacerlo! Eso. Sí, creo que sí que vimos alguna más, intentamos buscar por Alicante, y no, no encontrábamos, no, (silencio). Y..., o, o lo hacían a veces, pero no... no estaban ellos... no..., o no estaban mmm... no sé si muy de acuerdo, o... o no lo... Yo creo que trabajaban en un sitio, y luego... y entonces. Yo no sé si entonces era ilegal el tema o qué, pero... no estaban muy a favor, lo, hacían a veces, o lo podían hacer, pero su tendencia, lo que, con las que hablamos en Alicante (silencio), ¡ponían pegas! (Mario) [QU: 12:55 10:609-1112]

Beech (2008) afirma, que en algunas ocasiones, la mujer decide tener el parto en su casa sin el acompañamiento de un/a profesional porque no hay ninguno/a que la atienda, bien debido a que no quieren asistir ningún tipo de nacimientos domiciliarios, o a que se trata de un embarazo o un parto de riesgo. Así, casi todas las parejas coinciden en que no han tenido mucha opción de elegir y que la mayoría de veces dependían de la disponibilidad de una sola profesional:

... y cuando nos enteramos que, que Alicia era la única persona pues, pues nos pusimos en contacto con ella... [Silencio] (Dacio) [QU:20 20:703-836]

Es por ello que el segundo motivo por el que el parto se traslada al hospital es que la matrona con la que se concierta el mismo no está disponible (Lindgren y otros, 2008,

2011). Es lo que le pasó a Mati, que tuvo a su tercer parto en el hospital porque no pudieron localizarla, y también a Manoli, cuyo segundo parto fue tan rápido que la ginecóloga no llegó a tiempo. Señalar que cuando la atención se realiza por matronas que forman parte de un colectivo, siempre hay una de guardia preparada para cuando llegue el momento del parto.

Pero es que fue marcharse, y al... Claro, ella vive en Sax, y sin móvil para yo poder avisarla. Y fue marcharse y al... poquito, a la media hora o así unas contracciones súper fuertes de..., de parto. [...] y, la segunda fue en dos horas, que es la que tuve en casa. Entonces claro, la tercera... digo: "no me arriesgo a esperar, a esperarme a que ella llegue a Sax, yo llamarle y que ella vuelva" Entonces me fui al hospital. (Mati) [QU:11 5: 736-6:162]

Pues, el segundo me fue de lujo. Tan de lujo, tan de lujo que que nació sola, (ja,ja,ja). (Manoli) [QU:25: 101 7:399-7:503]

Pues eso, luego al final contacté con Génesis, que es un grupo de Madrid, yo creo que el más activo, el que más tiempo lleva. (Elvira) [QU:15 53:370-498]

En algunos casos, la ginecóloga que asiste el nacimiento en casa es la misma que ya ha estado en otros partos de la mujer y, en otros, se accede a la misma a través de alguna conocida, aunque también puede tratarse de una amiga.

En las.... las dos... hijas anteriores, también la ginecóloga que me atendía. (Enya) [QU:9 1:224-301]

Y luego también me enteré de una compañera de la universidad que... tenía tres hijos y los tres los había tenido en... con... en su casa. (...) y contacté con la matrona, que... que la atendió a ella. (Mati) [QU:11 2:670-900]

Si... teníamos, amigas que eran matronas, de que... El problema es que eran de Logroño, bajaron aquí, estuvieron acompañando. (Marvin) [QU:14:7 6:962-997]

Otro aspecto importante es la búsqueda de financiación para el parto. Según Miller y Shriver (2012) y Havill (2012), los motivos económicos influyen de manera decisiva en la elección del lugar de nacimiento y, dado que el parto domiciliario no está incluido en la

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

sanidad pública española, hay mujeres que no pueden plantearse esta opción (Pitchforth y otros, 2009; Walker, 2000), tal y como afirman los/as participantes:

Entonces mucha gente se ha quedado con ganas, directamente, porque no tenía dinero, o de hacerlo en casa, o de hacerlo en un... sitio, tipo Acuario, o cosas de ese tipo, que tienen un poco más, pero no tenían esa posibilidad económica. (Jaime) [QU:16 46:923-47:9]

Así, a estas parejas, al igual que en Lindgren y Erlandsson (2011), les parece mal tener que pagar por un servicio que otros padres obtienen gratuitamente y tener que buscar el modo de financiarlo (Ortiz, 2008): utilizar ayudas estatales, pedir dinero a algún familiar o renunciar a las vacaciones o a comprar algunas cosas.

Hombre, yo creo son cosas que... solamente con el trabajo que quitan en el hospital, incluso..., el... ahorro de recursos... de tener un parto en casa, deberían darnos ¡un jamón!, por lo menos ¿eh?... o sea, la Seguridad debería darnos algo por haberlo tenido en casa ¿no? (Santi) [QU:6 7:1121- 8.115]

Y aquí también era una cosa... que dudas, porque ella pidió... 1500 euros..., creo... y ¡claro! De donde de repente sacas tanto dinero, pero como justo en ese momento había justo la ayuda de...Gobierno y entonces ah, claro! Pues hemos tenido de sobra (ja,ja,ja) para parir en casa, sí. (India) [QU:19 25:384-668]

Le he pedido el dinero a mi madre. Aunque no quería dejármelo, pues no está muy de acuerdo con la idea de que tenga el parto en casa.” (Ethel) [QU:31 0:48:03:11-0:48:45:13]

¡Te lo tienes que plantear!... el decir: en vez de irme de vacaciones quiero hacer esto. (Marvin) [QU:14 29:1514-30:14]

También están convencidas de que, al igual que sucede en otros países, el parto en el domicilio llegará a estar incluido en la cartera de servicios de la sanidad pública.

Ya llegará... todo llegará, en fin (silencio), los sistemas ¿no?, nórdicos o holandeses... Lo que la OMS dice... los que menos morbi-mortalidad tienen y tienen partos...domiciliarios... ¡En fin! (Manoli) [QU:25 28:416-818]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Estas parejas prepararon el hogar y el material necesario para el parto siguiendo las recomendaciones que les proporcionaron las profesionales, las cuales también llevaban el material que necesitaban.

Hice una cama... para parir (silencio). Hice una cama con tablonces... eh, limpios, y... ¡pos eso!, hice una cama, una cama entera... una especie de armazón, ... cuadrado... mmm. ¡Bonito!... Además era bonito y tal... y nada... exprefeso para el parto. (Dante) [QU:3 7:1024-1267]

Recuerdo unas sábanas... Sobre todo sábanas limpias, un barreño y.... y no recuerdo especialmente nada más (silencio, dubitativo, se queda pensando). No, porque... creo... que lo traían ellas todo también... ellas traían todo el instrumental también. Recuerdo que compramos unas sábanas nuevas para..., para la noche del parto y... y ¡ya está!.... poquita cosa más. (Álex) [QU:4 14:1216-15:86]

Para que el nacimiento se produzca en casa, también es imprescindible realizar un plan de parto o nacimiento en el que, como señala el MSYPS (2011c), la pareja plasme sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas. Molina y Muñoz (2010) afirman que este documento se debe realizar preferentemente entre las semanas 28 y la 32. Sin embargo, los/as entrevistados/as no necesitaron escribir ningún plan de parto. Simplemente hablaron con la matrona o con la ginecóloga sobre quiénes iban a estar en el mismo; el modo en el que querían ser asistidas; cómo se iba a actuar en caso de que surgieran complicaciones; y, por último, se preparó el posible traslado al hospital. Toda esta planificación les permitió reforzar la consideración del proceso obstétrico como un acontecimiento vital normal y no como una enfermedad o proceso patológico (Seoane, 2011).

Así, desean que el parto se realice en su ambiente (Longworth, y otros, 2001), donde se van a sentir más cómodas y relajadas (Janssen y otros, 2002), y como se afirma en Borquez y Wieggers (2006), con «sus cosas» o su ropa (Mayo, 2010) y sin tener que desplazarse ni cambiar de lugar (Lindgren y otros, 2010):

Y sobre todo eso... que estás en tu ambiente..., lo tienes todo a mano..., sabes dónde buscar las cosas... (Álex) [QU: 4 7:823-928]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Entonces, mmm... sí que hay diferencia,... porqué...no sé... en el otro tienes que salir corriendo, montar en el coche, e irte a un sitio extraño, sentarte en la sala de espera. (Alberto) [QU:10 12:144-510]

Para algunas de las participantes, uno de los principales motivos para optar por el parto en casa fue el poder elegir a sus acompañantes (Boucher y otros, 2009; Jiménez, 2008; Kukulu y Öncel, 2009; Sjöblom, 2006) ya que al igual que en Kornelsen y otros (2010), estaban convencidas de que su apoyo les iba a permitir vivir ese momento de una manera más plena y satisfactoria. Sobre todo valoraban el que estuviera su pareja (Johnson y otros, 2007; Kukulu y Öncel, 2009),

Y el poder estar en tu casa, con tu familia, con tu marido, o sea, ¡en tu intimidad!, ¡eso no tiene precio!, ¡no tiene precio! (Yaiza) [QU:13 68:430-503]

Para poder tener la compañía de Mario, para poder estar... eh acompañada después de... de dar a luz. (Mati) [QU:11 19:280-385]

Igualmente, Hodnett y otros (2012) afirman que, si hay una continuidad en el acompañamiento, aumenta la probabilidad de un parto vaginal espontáneo, que el mismo no supone la aparición de ningún problema y en cambio se relaciona con mujeres más satisfechas.

En algunas ocasiones se prevé la compañía de una doula o “mujer con una formación especial en acompañamiento al nacimiento” (Hodnett y otros, 2012). Así, la ginecóloga que ha acompañado a cinco de las mujeres entrevistadas acude al parto con una doula. Sin embargo, las matronas que han asistido los partos domiciliarios han ido solas o en compañía de otra matrona:

Pero bueno de hecho ella, ya digo, ni era profesional ni tenía ningún tipo de, de... cualificación específica para ello simplemente, pues..., me imagino pues un poco del tipo de las parteras de antes, que era que si tu madre era partera y te enseñaba y tú ibas y tú ya sabías más o menos lo que tenías que hacer... y si alguna vez te tocaba pos, pos hacías, hacías lo que te habían enseñado. Un poco, ... un poco.... en ese plan. (Candela) [QU:2 10:1529-11:41]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

En este caso Esther, que es la doula, quien hace el acompañamiento para el parto. (Espe) [QU:17 7:1200-1256]

La mayoría de estas parejas optaron por estar solo con las profesionales, que nadie más estuviera en el parto, pero India invitó a su suegra y Yaiza quería que estuviera toda su familia:

Porque Elvira no quería que estuviera nadie, [...], estábamos solamente ella y yo, no quería que allí... ¡Hasta yo estorbaba! (Jaime) [QU:16 32:1360-1433]

Claro..., y ella estuvo súper, muy feliz que la he invitado, si... si yo le he dicho: “¿quieres estar en mi parto, puedo, te puedo llamar?”. Y ella: “claro”. Ja, ja, ja. (India) [QU:19 14:37- 220]

Después de llamar aquí a... a la familia para que viniera, para que estuviera con nosotros y... ¡pues aquello dijo que no movía, y que no quería y que... que cada cual a su casa! (Yaiza) [QU:13 20:796-21:167]

Respecto a la presencia de los/as hermanos/as en el parto, Kitzinger (1993) afirma que es un modo de que el nacimiento vuelva a ser un acontecimiento familiar. Y la posibilidad de que los/as mismos/as estén es uno de los motivos expresados en Jouhki (2012) para decidirse por el parto en casa. En nuestro estudio, cada pareja se planteó una opción diferente. Así, tan solo en el de Yaiza estuvo presente su hija. Los/as hijos/as del resto de parejas no participaron por distintos motivos: prefirieron irse, coincidió en horario de colegio o estaban en casa de algún familiar.

Porque ella quería estar con nosotros, [...] o sea... ¡fabuloso, fabuloso! (Con satisfacción), una experiencia de verdad... ¡inolvidable! La niña luego cortó el cordón... (Yaiza) [QU:13 26: 764-1015]

Claro, depende de cómo surgiera. (Jaime) [QU:16 67:777-781]

Hombre, sí que nos lo planteamos, la posibilidad de que ella estuviera, pero a mí me parecía que era demasiado... era demasiado pequeña para ella asimilar esa... esa experiencia (silencio) [...], entonces pues bueno preferí..., que no, que ella no estuviera... (Mati) [QU:11:153 15:137-533]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

De hecho yo sí que tenía previsto que estuvieran en el parto. (Amanda)
[QU:27 14:49-133]

También deseaban elegir el modo de ser asistidas. Así, como en Lindgren y otros (2010), valoraban especialmente que el parto no se manipulara, que se respetara al máximo el proceso fisiológico y que las intervenciones fueran las mínimas y necesarias: sin oxitocina, amniorraxis, exploraciones vaginales repetidas, episiotomía sistemática, pinzamiento precoz del cordón...

La principal decisión vino dada por la posibilidad de tener un parto no manipulado ni instrumentalizado, de la no manipulación excesiva del proceso del bebé y mía. (Manoli) [QU:21 1:85-297]

Porque... me garantizaba en principio que no me iba a rasurar, que si no hacía falta no me iba a...cortar, eh...que si quería podía parir en cuclillas, [...], me garantizaba una serie de cosas que en el otro sitio no se... no se me garantizaba. (Enya) [QU:9 21:472-716]

Y al igual que las participantes en Pavlova y otros (2009), querían que el parto se produjera sin prisas y en un ambiente en el que la mujer se pudiera relajar. También deseaban tener libertad de movimientos y de posiciones (Boucher y otros, 2009; Cheyney, 2008; Hodnett y otros, 2009; Janssen y otros, 2009; Janssen y otros, 2000; Kornelsen, 2005; Kornelsen y otros, 2010; Melender, 2006).

Querían que su hijo/a naciera en un ambiente cálido, sin luces y sin ruidos, ya que estaban convencidos/as de que ese era el mejor modo de recibirlo y, lo que es más importante para ellos/as: no querían que en ningún momento fuera separado de su madre.

Era mucho mejor para el niño... el nacer en un ambiente, mmm... familiar y... tal... que no en un ambiente hostil, como en el hospital y todo eso.... y entonces,.... todo iba encarado en que el niño... tuviera... el mejor recibimiento por parte de sus padres cuando naciera, ¡sin más! (Dante)
[QU:3:58 6:577-714]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Pues, que estás libre, q te sientes libre, que nadie... te llevas... se lleva tu hijo... ¿sabes?, que es todo natural, en tu armonía... (India) [QU:19 16:140-289]

Moore y otros (2008) relacionan el que no se separe al/la recién nacido/a de la madre, con una mejor oxigenación del/a mismo/a y Boucher y otros (2009) aseguran que el parto en casa se asocia a una menor probabilidad de manipulaciones agresivas nada más nacer como aspiraciones, gotas en los ojos, vacunas... Este hecho puede ser muy importante, ya que, como señala Odent (2002), la primera hora que sigue al nacimiento conforma un período crítico en nuestro desarrollo de la capacidad de amar.

En todo plan de parto, es importante prever la posibilidad de que surjan complicaciones que hagan necesario que este se lleve a cabo en el hospital. Porque como se ha señalado anteriormente, para que el parto se viva en el domicilio, es imprescindible que el embarazo y el parto sean de bajo riesgo y que todo el proceso obstétrico se desarrolle con normalidad (Vedam, 2005; Vedam y otros, 2009). Igualmente, distintas organizaciones y asociaciones que apoyan el parto en el domicilio recomiendan el parto hospitalario en caso de riesgo elevado. Entre ellas destacamos la OMS (1996), el ACNM (2005) y la APHA (2005). Pero como Caines (1992) se plantea: ¿cómo se define el riesgo y quién lo define?

Todas las mujeres entrevistadas para esta investigación cumplían con este requisito.

¡Pero lo tendré en mi casa!, siempre claro que el parto, o sea que el embarazo... lo permita, pues si entras en un embarazos de riesgo pues claro, lógicamente una suicida no era. (Alicia) [QU:5 2:848-930]

Al mismo tiempo, autores como Tew (2011) u organizaciones como la NCT (2008, 2011) afirman que la gestante tiene derecho a elegir el hogar para dar a luz aunque haya algún factor de riesgo, siempre que haya sido adecuadamente informada del mismo. En el Reino Unido, EEUU, Canadá, Finlandia u Holanda existe dicha posibilidad (Shawn y Kitzinger, 2005). Así, Walker (2000) señala que hay mujeres que deciden quedarse en casa a pesar de que se le indica la conveniencia de acudir al hospital. En Estados Unidos se constata que se está produciendo una disminución de estos nacimientos, lo que sugiere un incremento en la apropiada selección de las mujeres (Declercq y Stotland, 2014).

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

En España la necesidad de trasladar el parto al hospital oscila entre el 9 y el 22 % (COIB, 2010) y, al igual que en Lindgren y otros (2006), la mayoría de las veces se produce antes del parto. Y aunque estas parejas eran conscientes de que las complicaciones podrían ser muy serias, tal posibilidad no les supuso una gran preocupación, porque creían firmemente que el parto iba a ir bien. Pero también tenían muy claro que no iban a asumir riesgos innecesarios y que, si surgía algún problema, se irían inmediatamente al hospital.

Tú no piensas que se te va a complicar, pero sí que lo tienes previsto. (Espe) [QU:17 25:691-765]

Que hay dentro una pregunta: ¿qué hubiese pasado si en un control dicen que...? ¡Pues sencillamente nos vamos al hospital! (Marvin) [QU:14:61 42:892-990]

Sí, sí, estaba todo visto, sí, sí, previsto, y... si había algún problema, y además, sin..., nosotros habíamos dicho: “no queremos ir con prisas”. Es decir, si se intuye un problema, (...) no queríamos..., en ninguno de los partos, lo dejamos muy claro, no queremos que se apuren las opciones. (Jaime) [QU:16 42:562-633]

Según el COIB (2010) tiene que establecerse de antemano quién será el/ la responsable de realizar el traslado, debiendo conocer el modo de llegar al hospital u hospitales más cercano, así como el acceso al servicio de urgencias obstétricas. Si surgía algún problema, la mayoría de estas parejas tenían planificado que irían en su propio vehículo, o en el de la profesional, pero también se planteó la posibilidad de ir en taxi o en ambulancia.

O sea, sí que teníamos... de alguna forma previsto que y... ¿y si no va? Pues si no va, a la clínica Benidorm o al hospital. (Candela) [QU:3-58 9:1312-1835]

Y...bueno lo teníamos, [...] los teléfonos que todavía están puestos en la nevera de las... de las... compañías de taxis, por si acaso... [...], o sea, si... si dejaban el coche cerca, podríamos ir en su coche, si no, teníamos previsto llamar a un taxi. (Marc) [QU:18 5:403-780]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Recuerdo que hablé con los de la Cruz Roja sobre la disponibilidad de... de ambulancias, me dijeron que... bueno, ¡inmediata! (Álex) [QU:4 3:554-678]

Estaban convencidos/as de que les daba tiempo a ir al hospital, ya que tenían al menos uno muy cerca y sabían con exactitud lo que se tardaba en llegar. Así, la ginecóloga que atendió los partos de la mayoría de nuestras entrevistadas les dijo que hospital debía estar como máximo a unos 45 minutos. Aunque no existe unanimidad en cuanto al tiempo. Así el COIB (2010) indica 10-15 minutos, 20-30 minutos recomiendan Vedam y otros (2007) y Educuer 45 minutos (2012). Así, Rowe y otros (2013) afirman que la mayoría de los traslados que se realizan son «no urgentes» y que, desde que se toma la decisión de ir al hospital hasta que se llega al mismo, se requieren unos 42 minutos en casos de urgencia y unos 49 minutos si no la hay. Se debe señalar que todas las parejas entrevistadas vivían cómo máximo a 30 minutos del hospital más cercano.

Pero bueno y yo ya sabía lo que era un parto y sabía que un parto no es cuestión de cinco minutos..., que si el parto va mal te da tiempo de irte a un hospital y todas esas cosas. (Pedro) [QU:32 0:33:03:11-0:23:35:13]

También, también tenemos hospital muy cerca de aquí, está a 10 minuto. (Álex) [QU:4 3:776-848]

Y ellas nos preguntaron: “Bueno a qué distancia tenemos el hospital, qué dos hospitales tenemos más...” (Marvin) [QU:14:27 24:15-95]

Entre las mujeres entrevistadas, en cuatro ocasiones, fue preciso acudir al hospital: dos intraparto y dos posparto. En todos los casos se acudió en su propio vehículo. Blix (2008) afirma que la mayoría de los traslados que se realizan intraparto son por «no progresión» del mismo, pero en nuestro caso, ninguno se realizó por este motivo.

Como ya se ha señalado durante el desarrollo del apartado “Búsqueda del profesional”, uno de los traslados durante el parto se realizó porque no pudieron localizar a la matrona. El otro fue protagonizado por la pareja que optó por el parto libre, Candela y Dante, quienes en su segundo parto decidieron acudir al hospital al no conseguir escuchar el latido cardíaco fetal, aunque después naciera una niña sin problemas. Dante afirma que influyeron mucho las amenazas de su suegra y, coincidiendo con Lindgren y otros (2011),

señala que sintió la necesidad de descargar la responsabilidad en los profesionales, de sentir la seguridad que daba el que ellos se hicieran cargo de todo.

Y con la segunda niña, ya vas sobre aviso... entonces al ir sobre aviso.... Estar.... como muy mosca por si acaso y tal y sobre todo porque le eché las gomas y no la oía...., entonces, ¡ya me preocupó! (Dante) [QU:3:58 15:133-356]

Y... y allí,... allí también atendí el parto yo. Pero, aun así, eso de poder... mmm, eh..., repartir las culpas si algo sale mal y eso es realmente es importantísimo (sonrisas), entonces te descarga muchísimo la tensión, el estrés y eso... (Dante) (QU:3:130 15:4-733)

De los traslados que se realizaron postparto, uno fue porque el bebé había nacido con Síndrome de Down y el pediatra recomendó el ingreso en el hospital para poder realizar un estudio más exhaustivo. El otro también fue protagonizado por la pareja que optó por el parto libre, ya que tuvieron que acudir al hospital unos días después del primer parto, por fiebre:

Pues nació con una pequeña mascarita..., máscara, yo la llamo su pequeña máscara, hay que verla a través de su máscara, que se llama síndrome de Down, y... entonces luego eh, con [Hija 2 01-04] tuve que ir al hospital. (Manoli) [QU:25 19:233-463]

No, yo no lo vi,... Yo vi que salió la placenta... y entonces yo no tenía experiencia en visualizarla... una placenta como para saber que quedaban cotiledones.... Entonces a los... dos días aproximadamente o así (dubitativo), ella tuvo picos de fiebre, no se encontraba bien y fuimos a revisión al hospital y le hicieron un legrado porque... porqué tenía todavía algo de placenta, pero la placenta salió, lo que pasa es que no entera. (Dante) (QU:3 7:526-971)

Por lo tanto, en ninguno de los casos el traslado postparto coincidió con los principales motivos señalados por Cheyney y otros (2014), que son: la hemorragia por restos placentarios y los problemas respiratorios en el niño.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Pero tan importante como que el hospital esté cerca es que en este se proporcione a la mujer y a su hijo/a un cuidado inmediato y sin impedimentos (Catling-Paul y otros; CAM, 2013; Mcmurtrie y otros, 2009), siendo para ello necesario que exista una coordinación entre los distintos niveles de atención (Wiegers y otros, 1998). Tanto Ghazi y otros (2012) como Walker (2000) informan que hay ocasiones en las que las mujeres no quieren ir al centro hospitalario por temor al modo en el que se las va a recibir. Señalar que el hecho de tener que ser trasladada al hospital cuando el parto está planificado en el domicilio tiene un impacto muy negativo en el grado de satisfacción de las mujeres (Christiaens y otros, 2007).

En España no hay un protocolo establecido para recibir a una mujer que ha iniciado el parto en casa; y lo mismo sucede en otros países como Suiza o Bélgica, en los que el nacimiento domiciliario no es una práctica habitual y las mujeres manifiestan sentirse insatisfechas por el trato que reciben al llegar al hospital debido a actitudes negativas, falta de comunicación e interferencia del personal sanitario (Lindgren y otros, 2011). Lo que lleva a Chervenak y otros (2013) a recomendar a los/as profesionales hospitalarios/as que proporcionen una excelente atención a las mujeres que sean trasladadas. Así, Manoli afirma que cuando acudió al hospital se sintió agredida. Al igual que le sucedió a Enya, que fue enviada al hospital desde el centro de salud, porque no sabían qué tenían que hacer con un bebé que había nacido en casa:

Por ejemplo sí que me sentí un poco agredida por una pediatra, (se le endurece el gesto, la cara) que me comentó: “bueno, es que en un parto en casa no tienes pediatra” (con voz de falsete). Y yo le digo: “no, yo sí tenía pediatra”. Y ella: “pero es que un parto en casa y no sé qué, pero, es que un parto en casa...” (Manoli) [QU:25 19:684-1243]

Fuimos al centro de salud... y... bueno, aquí era, como, como una revolución, pero no nos hicieron nada, nos mandaron a S Juan..., y en S. Juan pues... pues no muy bien..., porque...el pediatra que nos atendió..., muy... muy irrespetuoso.... (Enfadada)”. (Enya) [QU:9 12:5-281]

En nuestro país tampoco existen estudios ni cifras sobre lo que acontece al llegar al hospital perteneciente al sistema nacional de salud si es necesario el traslado; pero en distintas conversaciones con matronas que atienden partos en casa, estas comentan que la

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

mayoría de veces se tienen que quedar fuera, ya que no las deja pasar ni como acompañantes; aunque todo depende del/a profesional que hay en ese momento en el paritorio. En Suiza, según informan Lindgren y otros (2011), tan solo en el 56 % de los traslados que ocurrieron durante el trabajo de parto la matrona pudo permanecer con ellos hasta que se produjo el nacimiento; en cambio cuando el traslado ocurrió en el postparto, la matrona pudo entrar con la mujer en todos los casos.

Todas estas parejas estaban informadas de que podía darse esta circunstancia; es por lo que algunas tenían acordado que, en caso de ser necesario acudirían, si la situación lo permitía, al hospital privado indicado por la ginecóloga o la matrona, donde tenían garantizado que serían bien recibidas y ella las podría asistir. Otras, en cambio, tenían claro que acudirían al centro hospitalario público más cercano:

Y la matrona me dijo: “Bueno, si es así, bien.... Pero tienes que hacer un compromiso conmigo, si el parto va mal (pausa), te tienes que venir conmigo a Vistahermosa, porque.... yo en el hospital no te puedo atender de parto. (Alicia) [QU:5 5:484-703]

Y... (Silencio), se nos pidió que decidiéramos si en caso de tener que ir al hospital si íbamos a ir a la Residencia o... o íbamos a ir a la Clínica Vistahermosa que es donde trabaja la ginecóloga, que... teníamos previsto ir a la..., ir a la Residencia. Sí, ¡en realidad poco más! (Marc) [QU:18 5:795-1245]

Y por último, al igual que se acondiciona el hogar para recibir al hijo/a, casi todas las parejas se han preparado física y psicológicamente (Lindgren y otros, 2006, 2010): acudiendo a educación maternal con la matrona de su centro de salud o con el grupo de la profesional que atendió su parto; otras lo hicieron en su domicilio a través de lecturas y prácticas de respiración y relajación. Sin embargo, Candela e India no hicieron preparación al parto en grupo porque no existía o porque no le gustaba.

Entonces yo creo que estuve yendo a preparación al parto, en la calle Gerona, desde el quinto mes. Porque yo sabía que tenía que estar súper preparada, [...]. En fin, ¡fenomenal!, ¡fenomenal! Me preparé muy bien, iba muy bien preparada, muy concienciada, muy segura, muy relajada,.... (Alicia) [QU:5:20 4:485-1069]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Pero..., pero un poco para decir..., como muchas veces te metes en la vida... cotidiana, y sí vas a la preparación al parto y ¡ya está!, pero te olvidas... y yo que sé, pues tener un ratito que te hace, que si escribir unas palabras, que si haces un dibujo, el solo estar pensando... en... el nombre. [...] también es algo que... también, te... te ayuda a... ir preparándote el momento... (Enya) [QU:9 16:182-480]

Se empezaba hacer...había a algunos ejercicios de respiración... o tal... tenías que ir a no sé dónde,... nosotros vivimos en un pueblo... y no... (Ja,ja,ja). (Candela) [QU:2 31:1315-1463]

(Silencio). Yo creo que me fui una o dos veces..., pero que no me gustaba. (India) [QU:19 27:72-111]

Dahlen y otros (2008) afirman que las mujeres que dan a luz en casa recibieron más información y se sintieron más preparadas. Viisaien (2000) incluso asegura que quien planifica tener el parto en el domicilio también se prepara para asumir la responsabilidad de que se produzcan resultados negativos. Aunque como afirma Cheyney (2008), algunas de las mujeres de Norte América que dan a luz en casa manifiestan una fuerte creencia en la voluntad de Dios.

Yo como siempre lo he tenido presente, la muerte. [...]. Yo siempre pensaba bueno pues si tiene que pasar pues pasara... luego cuando pasa ya...". QU:25:106 6:701-1067

A su vez, distintos autores/as (Dancy y Fullerton 1995; Lindgren y otros, 2006; Lundgren, 2010) recomiendan que se acuda a sesiones específicas para el parto en casa y en las que se dé consejos para el mismo: el material necesario, el papel de los acompañantes, modos naturales de aliviar el dolor, apoyo a la madre, qué hacer en caso de traslado al hospital, preparativos para el postparto, etc. Y en las que se empodere a la mujer Jouhki (2012). Así lo señalan también los/as participantes:

Entonces hablábamos en Paritorium de todo eso, de ese proceso que es tan distinto a parir en el hospital. (Espe) [QU:17 23:819-1023]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

En Madrid fui... dos o tres veces, ¡por curiosidad!, pero... (Ja,ja,ja), vamos dejé de ir, porque es que era, ¡era un horror! (sonrisa). [...] Hacia comentarios de este tipo: “no os preocupéis, porque está santa epidural, entonces, mmm, las mujeres ahora no tienen de qué preocuparse, sufrís un poquito hasta los 3 cm, por ahí y luego ya... ¡aquí no ha pasado nada!” (Ja,ja,ja)... Y eso, ¡claro!, con toda su mejor intención la mujer, pero claro, cuando estás en una onda tan diferente, (ja,ja,ja). (Elvira) [QU: 15 30:48- 717]

También hay autores que recomiendan que el padre realice una preparación especial para el parto en el domicilio (Dancy y Fullerton, 1995). Así, Marvin comentó su experiencia:

Una experiencia para mí también inolvidable, por todo lo que... se hablaba en relación a... al concepto del ser humano, a las prácticas dentro de las piscinas con agua en la cual participamos todas las parejas que estábamos allí..., cada uno exponiendo su experiencia como pareja... [QU:14 4:1130-5:102]

Tabla 24. Prácticas relacionadas con la decisión del parto en casa: preparativos

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
Búsqueda del profesional Toda referencia a las acciones realizadas para contar con un/a profesional que atienda el parto		Y contraté una matrona privada... a Nieves Teresa. (Alicia) [QU:5:23 4:1101-1143]	Y buscarte la vida... buscar una matrona o así ¡que te facilite las cosas! (Mario) [QU:12 20:498-570]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

<p>Búsqueda de financiación Toda referencia al pago del pec</p>		<p>Pues... no nos costó mucho, nosotros comentamos con ellas, es decir bueno, pues... “¿qué nos puede costar?” (Yaiza) [QU:13 23:409-516]</p>	<p>Nosotros hemos gastado mucho dinero, muchos recursos, nosotros no hemos podido comprar muchas cosas... (Jaime) [QU:16 46:425-529]</p>
<p>Preparar el hogar Toda referencia a cualquier acción que se realiza en el domicilio para prepararlo para el parto</p>		<p>Eso lo habíamos planificado con anterioridad, los dos decidimos como poner la cama para hacer más espacio, [...] una luz mucho más tenue... (Espe) [QU:17 21:379-759]</p>	<p>Hubo algunas cosas que teníamos que tener preparadas [...], un poco de infusión para los ojos, algunas toallas, algunas cosas de infraestructura muy básicas. (Marc) [QU:18 6:650-862]</p>
<p>Plan de parto Toda referencia a la planificación del pec</p>	<p>Acompañantes Toda referencia a las personas que van a estar en el pec</p>	<p>Íbamos a estar la matrona, mi madre, mi marido y yo...y nadie más. (Alicia) [QU:5 10:186-251]</p>	<p>Esta chica, viene como amiga por si acaso hacía falta acercar una toalla o traer agua. (Dante) [QU:3 18:460-654]</p>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

<p>Modo de ser asistido</p> <p>Toda referencia a la forma en la que va a ser atendido el pec</p>	<p>No tienes... no tienes prisa de ninguna manera, va todo muy, muy pausado, muy calmado..., se crea un ambiente muy... muy relajado. (Álex) [QU:4 16:1208-1244]</p>	<p>De, de, del momento ese...y... [...] y de poder hacerlo como queramos. (Dacio) [QU:20 3:293-403]</p>
<p>Prever complicaciones</p> <p>Toda referencia a los posibles problemas que pueden surgir en el pec</p>	<p>¿Que podíamos tener de riesgo? Evidentemente, que, el trabajo del parto y lo que es la dilatación, la progresión de la dilatación no se hubiera producido y... las vueltas de cordón. (Candela) [QU:2 31:791-103]</p>	<p>Sabíamos que... ¡vamos! que eso de asumir riesgos... innecesarios, lo teníamos, claro de no asumirlos. (Mario) [QU:12 12:332-466]</p>
<p>Planifican traslado</p> <p>Toda referencia a los preparativos realizados para organizar un posible traslado al hospital</p>	<p>Y si sale bien... ¡pues bien! y si no pues coges el coche y “pa allá”. (Candela) [QU:2 32:394-449]</p>	<p>Yo... el problema que pensábamos era que bueno.... si la cosa se complicaba, era coger el coche y ¡al hospital! (Dante) [QU:3 4:8-120]</p>

<p>Preparación al parto Toda técnica física y/o psicológica que realiza la gestante y/o la pareja para el momento del parto</p>		<p>Pero también te digo, hacer una ¡buena preparación al parto!... es fundamental para tener un buen parto. (Enya) [QU:9 24:138-188]</p>	<p>Pero, luego raíz del fin de semana con... con Esther y sobre todo con Alicia. (Marc) [QU:18 1:374-474]</p>
--	--	--	---

Tabla de elaboración propia

7.2.4. Percepción de su decisión del parto en el domicilio.

Estas parejas consideran que la experiencia de tener el parto en casa fue positiva y se sienten satisfechas por la decisión que en su momento tomaron, al tiempo que es una opción que recomiendan.

Así, cuando se les pregunta por la percepción de su decisión, todas manifiestan sentir una gran satisfacción (Wiegers, 2009). Hecho que se relacionan, según Christiaens y Bracke (2009), con el cumplimiento de sus expectativas por el modo en el que el parto se desarrolló, por el control que pudieron ejercer y por la atención recibida. Es por lo que Dahlen y otros (2010b) y Wiegers (2009) afirman que, cuando se compara el grado de satisfacción por la vivencia del parto, este es mayor entre aquellas mujeres que eligieron el domicilio.

Para mí... casi yo te lo resumiría como que ha sido la mejor experiencia de mi vida, (silencio), el... el haber tomado esa decisión y tenerlo en casa... (Enya) [QU:9 16:811-960]

Me di cuenta que la pregunta para mí no es ¿por qué yo paro en casa? sino la pregunta es ¿por qué la gente quiere ir al hospital a parir? ¡Para mí se convirtió en esa la pregunta! (Jaime) [QU:16 6:6-192]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Y que mi experiencia fue tan gratificante y hermosa que nunca dudé que a mi segunda hija la tendría del mismo modo: en casa y en el agua. (Emi) [QU:33 2:227-574]

Y al igual que en Cheyney (2008), consideran que fue una experiencia que las empoderó y se sienten tan satisfechos/as con la decisión tomada que repetirían el parto en casa (Borquez y Wieggers, 2006) y recomiendan la opción del parto domiciliario.

Sé que tuve el coraje, el acierto de haber estado más cerca... mucho más cerca de la vida. ¡Y lo celebro! (Amanda) [QU:22 1:928-1099]

Entonces... estuve muy satisfecha de mi decisión. (Alicia) [QU:5:112 11:231-280]

Pues yo sí que lo recomendaría, pero ahora mismo no sé a quién se lo he dicho. (Dacio) [QU:20 28:118-283]

Tabla 25. Percepción de su decisión del parto en el domicilio

CATEGORÍA	UNIDAD DE SIGNIFICADO Mujer	UNIDAD DE SIGNIFICADO Hombre
<p>Satisfacción</p> <p>Toda referencia acerca de la sensación satisfactoria por la decisión del pec</p>	<p>Y con la segunda, lo viví totalmente diferente, [...] o sea fue... ¡una maravilla! (Yaiza) [QU:13 23:826-960]</p>	<p>Una experiencia muy positiva, (...). Es muy gratificante. ¡Es una experiencia inolvidable! (Álex) [QU:16 16:665-996]</p>
<p>Experiencia que empodera</p> <p>Toda referencia acerca de la vivencia de sentirse poderosa con la decisión del pec</p>	<p>Cuando uno se enfrenta a un reto así, tiene que dar un poco más de sí, como diciendo: “¡hombre! no voy a fallar ahora..., ¿no? (Alicia) [QU:11:282-385]</p>	

<p>Lo recomiendan</p> <p>Toda referencia acerca de la invitación a vivir la experiencia del pec</p>	<p>Lo recomendaría con los ojos cerrados. (Enya) [QU:9 16:998-1053]</p>	<p>Sí que lo recomendaría, sí, sinceramente sí... (Álex) [QU:4 11:97-168]</p>
--	---	---

Tabla de elaboración propia

7.3. Análisis de los hallazgos relacionados con la antropología del nacimiento

Estas parejas durante la decisión del parto en casa comparan dos modelos de atención de salud: el modelo intervencionista que predomina en el hospital y el modelo personalizado que prevalece en el domicilio (Sadler y Núñez, 2009). Ambos se diferencian en aspectos tan fundamentales como quién ostenta el conocimiento autorizado y el modo de describir el proceso reproductivo, de atender el parto y de considerar a la mujer.

Lo que sí que teníamos claro es que tenía que ser diferente, que no tenía que ser la normativa de... mmm, te da la contracción, te vas al hospital, te ponen la oxitocina, te meten al paritorio, te dejan allí abandonado (a toda velocidad), o sea, queríamos algo diferente, otra intimidad... (Yaiza) [QU:13 8:216-511]

Mmm, a mí en principio la idea... tenía muchas cosas a favor y otras muchas en contra. A favor, pues a veces habías visto un reportaje, de los partos que estaban haciendo en Holanda, [...] en el que ponían las... casi las UCIs móviles en la puerta de tu casa ¿no? y... y planteaban cosas, que luego a nivel hospitalario pues si las ves, el tema de las infecciones nosocomiales y... y... problemas que se dan en un hospital de... de falta de atención humanizada y... y prisas y... ¡y bueno! Y veías esos reportajes y parecía que el parto en casa era... más sencillo, ¿no? más... más tranquilo y con la ayuda profesional adecuada ¡parecía hasta mejor!, ¿no? (Santi) [QU.6 1:1305-2:177]

Creer que en el hospital, el conocimiento autorizado se le reconoce al/la profesional, quien además tiene el control y toma las decisiones, siendo por lo tanto ellos/as los/as principales protagonistas en el parto.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Allí uno entra, el otro sale... tú... eh... ¡tú eres el último mono!, que a lo mejor te dicen: ¡Ahora respira! Pero eso es para lo único que se..., que se refieren a ti, el resto lo mueven ellos... y yo quería ser protagonista de mi propia historia (silencio). (Alicia) [QU:5 10:885-1072]

Estas parejas piensan que se debe a la consideración meramente fisiológica del parto, lo que unido a la cosificación del cuerpo conlleva que el proceso del nacimiento pase a formar parte de un proceso industrial en el que, como afirman Catling-Paul y otros (2010), se tienen que cumplir unos tiempos y unas pautas marcadas por el protocolo.

¡Pues no!, entonces, te quedas un poco así a veces, es decir, no es que el trato sea mal, sino que sea: “es que es el protocolo” (con sonsonete), pues..., es lo que decía antes, el protocolo lo malo que tiene a veces es que se olvida de que... hay fluctuaciones. (Marvin) [QU:14 42-217-270]

Pues yo no quería un parto en el que.... Prioriza el protocolo... quería un respeto hacia mi proceso, entonces ¡eso yo lo tenía clarísimo! Y eso... ¡yo no podía ir a la Seguridad Social tranquilamente! Podía ir, eeh y tener la suerte, pero no... con seguridad. (Manoli) [QU:25 9:620-1067]

Además, al igual que en Lindgren y otros (2006), consideran que en el hospital la atención que se presta responde a un modelo de actuación totalmente intervencionista que se pone de manifiesto con el elevado número de inducciones, tactos, amniotomías, episiotomías, cesáreas...(MSYC, 2008). Es por lo que nos dicen:

Habíamos escuchado que los..., que el.... había mucho intervencionismo por parte de... no sé si matronas o de ginecólogos y así en, en los hospitales. (Álex) [QU:4 2:1303-1442]

Y además que llevamos una temporada, por lo menos lo que se escuchaba por aquí, “llegas al hospital, te ponen la oxitocina, te empotran en la cama, te y...” (a toda velocidad). (Yaiza) [QU:13 1:760-940]

Yo..., no sé, cuántas cesáreas de urgencias están motivadas por los propios protocolos previos. (Elvira) [QU:15 72:308-596]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

En cambio, estas parejas están convencidas de que en el domicilio son las que tiene el control y sus decisiones son respetadas (Boucher y otros, 2009), y al igual que en García-Carabantes (2006) afirman que son los/as protagonistas del proceso, tomando sus propias decisiones y participando más intensamente.

Entonces... yo, o sea, a mí no, es que, es que me producía mucha tristeza el decir: "jolin algo tan bonito como esto y tener que estar haciendo luego... (Silencio)..., lo que te digan. (...). Pero si todo va bien ¿por qué no puedo tomar yo las decisiones? (Silencio)... Es que no... es algo que a mí todavía hoy no me entra en la cabeza. (Enya) [QU: 9 22:39-423]

Me sentí más útil... claro, eso es lo que yo te decía, que yo... yo me da la sensación de que... el... el padre ahí, es... es alguien... en el... en el parto. (Santi) [QU:6 9:1258-1414]

Aquí es que éramos los dos.... (sonrisa), sí, mmm...[...], y aquí, los... éramos nosotros... los que.... ¡los que realmente parimos...! (Enya) [QU:9 7:1071-1369]

El parto para ellas/os es un acontecimiento familiar (Boucher y otros, 2009) a la vez que trascendental (Sjöblom y otros, 2006) y consideran que en el domicilio además de sus necesidades físicas se tienen en cuenta las psicológicas y espirituales.

Ya empezamos a plantearlo... como posibilidad..., sobre todo... ¡yo, por lo menos!... como la... la intimidad...y el momento especial... y mágico y tal, que supone... eh, tener a tu hijos.... A mí me da igual haberlo tenido en un hospital... como en mi casa. Si en el hospital hubieran dejado una habitación para mi sola... con mi pareja,... me hubiera dado igual... pero... eso, que las condiciones las hubieran puesto yo... y como eso no es posible...pues... pues... en mi casa.... Ese momento íntimo y especial que es tener un hijo yo creo que es, pues eso.... que se tiene que vivir... así. (Candela) [QU:2 19:929-1520]

En un momento que yo... siempre he considerado de cambio vital. (Ethel) [QU:31 0:45:03:11-0:45:45:13]

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Un proceso en el que la emoción tiene mucho que ver, y eso..., medir eso, es muy difícil, y entonces, también, ¡que tengan en cuenta eso! (Jaime) [QU:16 49:151-351]

Y al igual que en Lindgren y otros (2010), saben que la atención se realiza respetando al máximo la fisiología del proceso, sin manipularlo y sin un protocolo rígido, por lo que la mujer tiene la libertad de moverse, comer, beber, estar acompañada de quien ella desea....

Y con la seguridad que me da un profesional que me garantiza que el proceso va a ser respetado siempre que vaya todo de la funcionalidad, en el momento en el que haya alguna disfunción, vale, se va a poner en marcha otro mecanismo y... bien... ¡tiene que ser!, pero por lo menos se va respetar. (Manoli) [QU:25 9:1067-1204]

O sea, tengo mi parte de... parto natural, de no llegar a ponerte oxitocina, de poder verte por donde quieras, de... mmm pegar un grito llorar o patalear, o reír o hacer lo que quieras ¿no?, o sea, mmm (silencio) soltar todo eso que llevas dentro, tantos meses... y... y expresarlo de la manera que tú quieras sin tener ya la norma hecha (silencio). (Yaiza) [QU:13 7:139-484]

Tabla 26. Hallazgos relacionados con la antropología del nacimiento: comparación de modelos de atención

CATEGORÍA	MODELO INTERVENCIONISTA HOSPITAL	MODELO PERSONALIZADO DOMICILIO
Conocimiento autorizado	Médico, mayor control	La mujer decide
	Médico protagonista	Protagonistas mujer/pareja
Modo de describir el proceso reproductivo	Meramente fisiológico	Familiar, social, transcendental
Medicalización	Intervencionismo	No manipulado/ fisiológico
El cuerpo se cosifica	Protocolizado	Informal/ libertad

Tabla de elaboración propia

7.4. Análisis de los hallazgos relacionados con el enfoque de género

En los discursos de estas parejas se pone de manifiesto que consideran que en el hospital la atención que se da sigue un modelo patriarcal que implica una clara desigualdad de género, ya que la mujer no es reconocida como un ser adulto, con capacidad de decisión y con unos derechos que tienen que ser respetados.

Bueno..., riesgo en el sentido de que yo no estoy satisfecha, ya que se entra en un sistema en el que yo no sé decidir lo que es bueno es para mí, ya... (India) [QU: 19 17:4- 96]

(Sonríe) porque no te respetan, no estás libre, para... escuchar tu cuerpo, si tú cuerpo pide estar en cuclillas y te dicen "no... te tienes que acostar así" (fajsete), y claro, así no puedes parir... (jajaja). (India) [QU:19-9 5:29-104]

Así, desde el modelo médico hegemónico durante el parto se entra en un «protocolo» en el que, como señalan Catling-Paul y otros (2010), se vulneran la integridad física y psicológica, la intimidad y la autonomía para tomar decisiones de estas mujeres.

Todos los partos, incluso hasta los menos complicados en un hospital tienen un protocolo. (Santi) [QU:6 5:970-1140]

Huía de protocolos hospitalarios rígidos y preestablecidos, sin respeto a mis necesidades o deseos. (Ethel) [QU:21 1:926-1025]

Igualmente, el padre queda en un segundo plano, siendo un mero acompañante, sin ningún tipo de protagonismo. Ellos sienten que su papel se limita a ser observadores del proceso, papel marcado por el modelo hegemónico de paternidad en el que el hombre queda excluido de la vivencia plena de este momento (Oiberman, 1994).

Porque... los hombres, eso (silencio)..., no tenemos casi nada que ver, [...] y entonces con..., con un parto hospitalizado... bueno, pues todavía es peor ¿no?, vamos donde el hombre... ¡no cuenta para nada! ¿No? (Santi) [QU:6 3:1464-1720]

Sin embargo, afirman que en el parto en el domicilio la mujer junto a su pareja son los/as protagonistas y, como señalan Dahlen y otros (2010a), se responsabilizan en todo

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

momento de su proceso obstétrico, toman sus decisiones y viven el parto siguiendo sus propios instintos, conocimientos y necesidades, mientras que la profesional respeta sus derechos, sin imposiciones desde el conocimiento médico tecnocrático.

La principal decisión vino dada por la posibilidad de tener un parto no manipulado ni instrumentalizado, de la no manipulación excesiva del proceso del bebé y mía. (Manoli) [QU:21 1:85-297]

De, de, del momento ese...y... [...] y de poder hacerlo como queramos. (Dacio) [QU:20 3:293-403]

Además, el padre, de acuerdo con el modelo de nuevas paternidades (De Keijzer, 2003; Nieri, 2012; Oiberman, 1999), es protagonista en todo el proceso reproductivo, es un elemento importante que participa activamente en el parto: ayudando a su mujer, tomando decisiones, atendiendo al bebé... Ellos, de acuerdo con los nuevos modelos de masculinidad (Bergara y otros, 2008), se muestran respetuosos y dialogantes, lo que les lleva a apoyar a su mujer a pesar de tener dudas, y hablan con ellas del tema hasta que llegan a un consenso. A su vez, son conocedores de que su apoyo es imprescindible para que el parto se produzca en casa, muestra de la autoridad del hombre imperante en la masculinidad hegemónica (Figueroa y Franzoni, 2011).

Porque lo habíamos hablado varias veces..., en los anteriores embarazos... (Alberto) [QU:10 1:1391-1433]

Y luego pues fue muy hablado y sí.... y claro la decisión final siempre entre los dos. (Manoli) [QU:25: 27:58-27:108]

Por otra parte, de los criterios de feminidad señalados por Narotzky (1988), según la cual las mujeres son pacientes, detallistas, emocionales y serviciales, tan solo se aprecia que son emocionales, a la vez que manifiestan que el parto y la maternidad es para ellas una experiencia trascendental y transformadora, que en el domicilio se les permite vivir, mientras que en el hospital a la mujer se le infantiliza, no se le considera con capacidad para tomar sus propias decisiones.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Claro por qué yo he, he sido sensible a esto y cuando he visto un parto, me ha movido mucho.... me ha emocionado muchísimo. (Manoli) [QU: 25 3:43 - 3:274]

En un momento que yo... siempre he considerado de cambio vital. (Ethel) [QU:31 0:45:03:11-0:45:45:13]

En ese momento, para nosotros jera el más importante de nuestra vida! (Candela) [QU:2 29: 1381-1481]

En plan de que yo no sé decidir lo que es bueno es para mí... (India) [QU:19 17:25-220]

El padre tiene mayor participación. (Ethel) [QU:31 0:28:03:11-0:28:25:13]

Tabla 27. Hallazgos relacionados con el enfoque de género

CATEGORÍA	HOSPITAL	DOMICILIO
Desigualdad de género	Patriarcal	Igualitario
	No respeto derechos	Respeto derechos
	Padre no	Padre protagonista
Masculinidad/paternidad	MHP: Espectador	MNP: Participa
Feminidad/maternidad	Infantiliza	Experiencia transformadora

MPH: modelo hegemónico de paternidad MNP: modelo de nuevas paternidades.

Tabla de elaboración propia

Capítulo VIII

Conclusiones

8.1. Conclusiones

Los resultados de esta investigación han permitido, dando la voz tanto a las mujeres como a los hombres, corroborar las distintas hipótesis planteadas:

- Las parejas que desean tener el parto en el domicilio buscan información sobre la atención que las mujeres, los padres y los/as recién nacidos/as reciben tanto en casa como en el hospital, así como sobre los posibles riesgos y/o beneficios; como se pone de manifiesto en las numerosas referencias que los/as mismos/as hacen a la lectura de libros y revistas, a las búsquedas en Internet, a las conversaciones con las profesionales que las van a acompañar en el parto y en las preguntas que hacen a conocidas/os que han vivido el nacimiento de su hijo/a en su casa.
- El modelo estructural dialéctico nos ha permitido conocer las estructuras que influyen en esta decisión y el modo en el que estas parejas han comparado los diferentes modelos de atención para al final decidir que desean vivir el nacimiento en casa. Para ello han tenido en cuenta quién va a tomar las decisiones, cómo va a ser asistido el parto, de qué modo van a ser tratados/as la madre, el padre y el bebé, quien puede acompañarles...
- Los valores que han desarrollado a lo largo de su vida junto con sus creencias sobre el proceso obstétrico y sobre la atención proporcionada en cada emplazamiento les llevarán a decidir que el parto en casa es la mejor opción, ya que es la que más favorece sus propios deseos e intereses de que el parto sea asistido respetando en todo momento sus derechos, evitando con ello una atención en la que esté presente la violencia obstétrica.
- Con su decisión ponen de manifiesto la discrepancia con muchas de las creencias arraigadas en la sociedad que son producto del discurso médico tradicional, que considera que solo en el hospital está garantizada la adecuada atención al nacimiento, mientras que la opción del parto en casa pone en peligro tanto la vida de la madre como la del niño/a. Así, buscan recibir asistencia en su domicilio, dentro del modelo de atención personalizado, ya que tienen la firme creencia de que en este los resultados obstétricos son mejores porque se respeta en todo momento la fisiología del parto.
- Igualmente, muestran su desacuerdo con el paternalismo característico del modelo intervencionista de atención que predomina en el parto hospitalario y en el que los/as profesionales ostentan la capacidad y los conocimientos necesarios para determinar aquello que es beneficioso para la madre y/o el bebé. En cambio, estas parejas consideran que la mujer es poseedora de ambos elementos, lo que le permite escuchar a su cuerpo y

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

saber lo que le puede favorecer.

- La firme convicción de que el parto tiene un valor espiritual y trascendental influye en la decisión de tener el parto en el domicilio. Para ellas/os es fundamental poder vivir este momento de acuerdo con su creencia de que el modo de nacer tiene efectos físicos y emocionales que van a tener repercusión a lo largo de toda su vida. Y están convencidas/as de que solo en el domicilio se les garantiza esta posibilidad.
- La participación de las parejas (marido, novio, compañero) en la decisión del parto en casa es altamente valorada y se reconoce que su apoyo es fundamental. La misma pone de manifiesto tanto características del modelo hegemónico como de los nuevos modelos de masculinidad/ paternidad en los que los atributos masculinos se flexibilizan. Así, junto al principio de autoridad propio del modelo hegemónico, que se puede ver en el hecho de que es imprescindible el apoyo del padre, también se muestran dialogantes y respetuosos con la decisión de la mujer.
- El apoyo del/la profesional de la obstetricia es imprescindible para que el parto se produzca en el domicilio, pero su búsqueda se puede convertir en una ardua tarea, ya que es muy escaso el número de profesionales que asisten en el domicilio. Estos/as responden a la demanda de estas parejas de que en el nacimiento se respeten sus derechos teniendo en cuenta tanto las necesidades del/a madre/padre como del/a recién nacido/a y, sobre todo, evitando la violencia obstétrica.
- La decisión de vivir el nacimiento en casa es vista por las personas que les rodean como una imprudencia o como una valentía. Con su decisión, se enfrentan al sistema médico imperante y al discurso en contra del parto en el domicilio que prevalece en la sociedad, arriesgándose a ser estigmatizadas, excluidas y penalizadas por no cumplir con la “normalidad” vigente.
- Para que el parto se produzca en el domicilio se lleva a cabo una preparación y unos preparativos muy diferentes de los que realizan las parejas que optan por el parto hospitalario. Esto implica una mayor reflexión y toma de conciencia de la responsabilidad de ambos en el proceso obstétrico; al tiempo que deben emprender acciones como buscar al/la profesional, buscar financiación, preparar del hogar y planificar un posible traslado.
- Estas parejas afirman que sería deseable que los/as profesionales sanitarios/as aceptaran que su responsabilidad acaba donde comienzan los derechos de la mujer, su hijo/a y su pareja. Derechos en los que se incluye el respeto a la dignidad, a la intimidad y a la integridad personal, así como a los principios de autonomía y no maleficencia que

muchos/as profesionales no son capaces de cumplir amparándose en la superioridad de su conocimiento y en una caduca interpretación del principio de beneficencia.

- Estas parejas instan a los/as responsables sanitarios/as a que en cumplimiento de las recomendaciones de numerosas instituciones y organismos internacionales se normalice la atención al parto domiciliario, incluyéndolo en la cartera de servicios de la sanidad pública.

8.2. Implicaciones teóricas del estudio

Se considera que esta investigación puede ayudar a los/as profesionales a comprender los motivos que llevan a una pareja a decidir el parto en casa y a considerar el parto, no como un proceso patológico, sino como un proceso normal que algunas parejas deciden vivir en el entorno familiar de su domicilio.

Igualmente invita a reflexionar sobre la atención que se está dando en los hospitales y a modificar las prácticas medicalizadoras e intervencionistas en pro de un mayor respeto a la fisiología y a los derechos de las mujeres y sus parejas.

También permite visibilizar un aspecto de la práctica profesional, la asistencia al parto en el domicilio, llevada a cabo por matronas y ginecólogos/as.

8.3. Futuros campos de investigación

Dado que el parto en el domicilio es un campo muy poco explorado en nuestro país, quedan abiertas numerosas líneas de investigación sobre el mismo:

- Estudiar el desarrollo del parto y el post-parto en el domicilio, así como el papel del padre en los mismos.
- Analizar los elementos que influyen en los/as profesionales de la obstetricia que atienden partos domiciliarios y conocer las prácticas que tienen que realizar: dónde se forman, con quién trabajan, etc.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Conocer la percepción que el resto de ginecólogos/as y matronas tienen sobre el parto en casa.
- Estudiar el tratamiento que desde los distintos medios de comunicación se realiza de las noticias relacionadas con el parto en casa.

Bibliografía

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

A

Agar, M. (1980). *The Professional Stranger: An Informal Introduction to Ethnography*. New York: Academic Press.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía [AETSA]. (2007). *Parto a domicilio programado. Situación actual en los países desarrollados. Informe 6*. [En línea]. Sevilla: Consejería de Salud. Disponible en: <http://www.egrupos.net/cgi-bin/eGruposDMime.cgi?K9U7J9W7U7xumopxCyky-nuju-ynCSSRWCvthCnoqdy-qlhhyCQUVQkfb7>

Aguilar, M. J., Sáez, I., Menor, M. J., Rodríguez, N., Mur, M., Hervás, A., y González, J. L. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 920-926.

Alcaraz, L., y Cid, J. (2011). Lo que necesita saber: Embarazo. *Enfermera virtual*. Barcelona. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. [En línea]. Disponible en: <http://www.infermeravirtual.com/es-es/situaciones-de-vida/parto/informacion-general.html>

Alemán, N. M. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. Trabajo presentado en las *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales*. Montevideo, 13 y 14 de septiembre. Universidad de la República de Uruguay. Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf>

Alemán, N. M. (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.

Amado, E. (2011). Participación de los pacientes en la toma de decisiones. Ponencia presentada en la *II Jornada de Colaboración de Centros de Información de Medicamentos a pacientes*. Barcelona, 23 de noviembre. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Medicaments/Professionals/Documents/Arxius/Presentacions%20Jornades/Ester%20Amado.pdf>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. (2011). Planned Home Birth. [En línea]. Disponible en: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Planned-Home-Birth>

American College of Nurses-Midwives. (s.f.). *Home Birth is a Rational, Personal Choice*. [En línea]. Disponible en: http://www.homebirthmidwifery.com/PDFs/Home_Birth_is_Rational.pdf

American College of Nurses-Midwives. (2005). *Positions Stament. Home birth*. [En línea]. Disponible en: <http://www.midwife.org/sitefiles/position/homebirth.pdf>

American College of Nurses-Midwives. (2010). *ACNM Expresses Concerns Regarding Recent AJOG Publication on Home Birth*. [En línea]. Disponible en: <http://www.azdhs.gov/als/midwife/documents/committee/additional-resources/acnm-statement-july-2010.pdf>

American Public Health Association (APHA). (2001). *Increasing Access To Out-Of-Hospital Maternity Care Services Through State-Regulated and Nationally-Certified Direct-Entry Midwives*. [En línea]. Disponible en: <http://www.apha.org/advocacy/policy/policysearch/default.htm?id=242>

Amooti-Kaguna, B., Nuwaha, F. (2000). Factors Influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda. *Social Science y Medicine*, 50(2), 203-213. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00275-0

Anderson, R. E. y Anderson, D. A. (1999). The cost-effectiveness of home birth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(1), 30-35. doi:10.1016/S0091-2182(98)00072-X

Anthony, S., Buitendijk, S. E., Offerhaus, P. M., Dommelen, P., and Pal-de Bruin, K. M. (2005). Maternal factors and the probability of a planned home birth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(6), 748-753. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00520.x

Antoncich, R. (2013). *Antropología y valores en San Ignacio*. [En línea]. Disponible en: <http://www.cpaljsj.org/wp-content/uploads/2013/04/ANTROPOLOGIA-Y-VALORES-EN-SAN-IGNACIO1.pdf>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Anwar, I., Sami, M., Akhtar, N., Chowdhury, M.E., Salma, Up., y Rahman, M. (2008).

Inequity in maternal health-care services: evidence from home-based skilled-birth-attendant programmes in Bangladesh. *Bull World Health Organ*, 86(4), 252-259. doi: 10.2471/BLT.07.042754

Arimany-Manso, J., Gomez-Duran, E. L. y Aubia-Marimon, J. (2013). Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 92-93. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.03.006

Ariza, N. E., y Herrera, G. M. (2012). El parto sin violencia: un compromiso de vida. *Revista salud, historia, sanidad*, 7(1), 43-60. [En línea]. Disponible en: <http://virtual.uptc.edu.co/revistas2013f/index.php/shs/article/view/1914>

Argorta, J. L., y Moreno, A. (2009). De parto. *Documentos de televisión* [Transmisión de televisión]. España: RTVE.SA.

Arjona, A., Checa, Olmos, J. C. (1998). Las historias de vida como método de acercamiento a la realidad social. *Gazeta de Antropología*, 14, 10. [En línea]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7548>

Associació Catalana de Llevadores. *Formación para la atención al parto en casa*. [En línea]. Disponible en: http://www.aamatronas.org/web/htmls/noticias/noticias10/curso_parto_en%20casa/Programma_curso_%20parto_%20en_casa.pdf

Association for Improvements in the Maternity [AIMS]. (s.f.). *Services Home Birth. Booking a Home Birth*. [En línea]. Disponible en: <http://www.aims.org.uk/homebirthUpdated.htm>

Association for Improvements in the Maternity Services [AIMS]. (s.f.). *Giving birth without a midwife or doctor*. [En línea]. Disponible en: <http://www.aims.org.uk/>

Asociación de Solidaridad con los Trabajadores Inmigrantes [ASTI-Alicante]. (2013). *Informe 2013 inmigración en Alicante Anexo III: Evolución de la población extranjera en la provincia de Alicante Datos de empadronamiento 2002 – 2012*. [En línea]. Disponible en:

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

<http://astialicante.org/wp-content/uploads/2013/05/Anexo-III-Evoluci%C3%B3n-de-la-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-la-provincia-2002-2012.pdf>

B

Badock, C.R. (1979). *Levy-Strauss: el estructuralismo y la teoría sociológica*. México: Fondo de cultura económica.

Bajo, J. (2007 septiembre 22). “Septiembre”: denominación equívoca para un mes. “Parto natural”: denominación equívoca para una forma de parto. Carta del presidente. *Gaceta Electrónica SEGO, II, 22*.

Bajo, J. (2008, enero 13). [Entrevista concedida a Antonio González. Reportaje Va a ser difícil disminuir el número de cesáreas]. *Diario Público*. Madrid. Disponible en: http://www.publico.es/ciencias/036511/cesareas/parto/alumbramiento/aborto_14/01/2008

Balcázar, P., González-Arratia, N., Gurrola, G., y Moysen, A. (2006). *Investigación cualitativa*. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

Banyana, C., y Crow, M. R., (2003). A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women’s preference for a place of delivery. *Midwifery, 19*, 328-336. doi: 10.1016/s0266-6138(03)00042-1

Barnett, S., Azad, K., Barua, S., y Mridha, M., Abrar, M., y Rego, A., (2006). Maternal and newborn-care practices during pregnancy, childbirth, and the postnatal period: a comparison in three rural districts in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition, 24*(4), 394-402. doi:10.1186/1471-2393-11-15

Barthes, R. (1973). *Ensayos críticos*. Barcelona: Seix Barral.

Barona-Vilar, C., Escribá-Agüir, V., y Ferrero-Gandía, R. (2009). A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery, 25*(2), 187-194. doi:10.1016/j.midw.2007.01.013

Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2002). *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona: Masson.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Bedwell, C., Houghton, G., Richens, Y., y Lavender, T. (2011). She can choose, as long as I'm happy with it: a qualitative study of expectant fathers' views of birth place. *Sexual y Reproductive Healthcare*, 2(2), 71-75. doi: 10.1016/j.srhc.2010.12.001

Beech, B. L. (2008). Unassisted doesn't need to mean unattended. *Practical Midwife*, 11(6), 20-22.

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Belli Revista *Red bioética/UNESCO*, 1 (7), 25-34. [En línea]. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

Benítez, G. (2008). Violencia obstétrica. Editorial. *Revista de la Facultad de Medicina*, 31(1), 5-6.

Bergara, A., Riviere, J., y Bacete, R. (2008). *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer. [En línea]. Disponible en: http://www.berdingune.euskadi.net/u89congizon/es/contenidos/enlace/enlaces_mochila_giz_onduz1/es_gizonduz/adjuntos/guia_masculinidad_cas.pdf

Bernabeu, J., Caballero, P., Galiana, M., y Nolasco, A. (2006). Niveles de vida y salud en la España del primer franquismo: las desigualdades en la mortalidad infantil. *Revista de Demografía Histórica*, 24(1), 181-201.

Berry, N. S. (2006). Kaqchikel midwives, home births, and emergency obstetric referrals in Guatemala: contextualizing the choice to stay at home. *Social Science y Medicine*, 62(8), 1958-1969. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.09.005

Bhutta, Z. A., Lassi, Z. S., Blanc, A., y Donnay, F. (2010). Linkages among reproductive health, maternal health, and perinatal outcomes. *Seminars in Perinatology*, 34(6), 434-345. doi: 10.1053/j.semperi.2010.09.002

Birthplace in England National Prospective Cohort. [BECG] (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Birthplace in England national prospective cohort study. *British Medical Journal*, 343:d7400. doi 10.1136/bmj.d7400

Blázquez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 1-25. [En línea]. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.pdf>

Blázquez, M. I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. [Tesis doctoral]. Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España. Disponible en: <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8429/BLAZQUEZ.pdf?sequence=1>

Blázquez, M. J. (s.f.). *Ecología y Maternidad. Recuperando el paradigma biológico original*. [En línea]. Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es/descargas/M%C2%AA%20Jes%C3%BAs%20Bl%C3%A1zquez%20ECOLOG%C3%8DA%20Y%20MATERNIDAD.pdf>

Blix, E., Oian, P., y Kumle, M. (2008). Outcomes after planned home births. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 128(21), 2436-2439.

Blix, E. (2011). Avoiding disturbance: midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery*, 27(5), 687-692. doi: 10.1016/j.midw.2009.09.008

Blum, L.S., Sharmin, T., y Ronsmans, C. (2006). Attending home vs. clinic-based deliveries: perspectives of skilled birth attendants in Matlab, Bangladesh. *Reproduction Health Matters*, 14(27), 51-60. doi: 10.1016/j.midw.2009.09.008.

Bogino, M. (2010). Malestares de Granero: Trayectorias profesionales y el laberinto de la maternidad. *X Congreso Español de Sociología. Federación Española de Sociología (FES) Asociación Navarra de Sociología Universidad Pública de Navarra 1, 2 y 3 de julio. "Treinta años de sociedad, treinta años de sociología"*. Disponible en: <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/10/grupos-trabajo/ponencias/537.pdf>

Bolívar, A. (1985). *El estructuralismo de Levy-Strauss a Derrida*. Madrid:Cincel.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Bond, S. (2010). Exposure to planned home birth experiences more likely to favorably influence midwives' attitudes and practices. *Journal Midwifery Womens Health*, 55(3), 289-290. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.007
- Bonino, L. (2002). Los varones ante el problema de la igualdad con las mujeres. En: *¿Todos los hombres son iguales? Identidad masculina y cambios sociales* (ed). Barcelona: Paidós. [En línea]. Disponible en: [http://bizkaia.net/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/\(2003%20Junio\)%20Tiempo%20para%20la%20Reflexi%C3%B3n-%20las%20relaciones%20entre%20mujeres%20y%20hombres%20-%20luis%20bonino.pdf](http://bizkaia.net/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/(2003%20Junio)%20Tiempo%20para%20la%20Reflexi%C3%B3n-%20las%20relaciones%20entre%20mujeres%20y%20hombres%20-%20luis%20bonino.pdf)
- Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers Feministes*, 6, 7-36.
- Borda, C. (2001). Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. *Revista Salud Pública*, 3(2), 154-170.
- Borghí, J., Ensor, T. Neupane, B.D., y Tiwari, S. (2006). Financial implications of skilled attendance at delivery in Nepal. *Tropical Medical International Health*, 11(2), 228-37. doi:10.1111/j.1365-3156.2005.01546.x
- Borghí, J., Sabina, N., Blum, L. S., Hoque, M. E., y Ronsmans, C. (2006). Household costs of healthcare during pregnancy, delivery, and the postpartum period: a case study from Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24(4), 446-455. PMID: 17591341
- Borquez, H. A., y Wieggers, T. A. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*, 22(4), 339-347. doi:10.1016/j.midw.2005.12.004
- Bórquez, G. E., Horwitz, C. N., López, B. I., y Raineri, B. G. (2008). Capacidad de los pacientes para tomar decisiones en salud. Actitud y significado para médicos y abogados *Acta Bioethica*, 14(2), 166-175 doi: 10.4067/S1726-569X2008000200006

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., y Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *Journal Midwifery Womens Health*, 54(2), 119-126. doi:10.1016/j.jmwh.2008.09.006

Boyle, J. S. (2005). Estilos de etnografía. En J. M. Morse (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 211-240). Alicante: Universidad de Alicante.

Bretin., H., y Gómez, C. (2010). *Amabilidad, respeto y dignidad. Hacia la humanización del parto y del nacimiento*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. [En línea].

Disponible en:

http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/17828/1/%5DINFORME_PERINATAL_Def.pdf

Brown, J. M. (2013). Cuerpo, sexo y reproducción. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, (12) 5, 37-49.

Brunson, J. (2010). Confronting maternal mortality, controlling birth in Nepal: the gendered politics of receiving biomedical care at birth. *Social Science y Medicine*, 71(10), 1719-1727. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.06.013

Budin, W. C. (2001). Birth and Death: Opportunities for Self-Transcendence. *The Journal of perinatal education*, 10(2), 38-42. doi: 10.1624/105812401X88192

Buekens, P., y Keirse, M. J. (2012). In the literature: home birth: safe enough, but not for the first baby. *Birth*, 39, 165-167. doi: 10.1111/j.1523-536X.2012.00536.x

Bueno, G. (2002). El concepto de creencia y la Idea de creencia. *Intervención inaugural de las Jornadas sobre superstición, creencia y pseudociencia. Gijón del 27 al 29 de noviembre* organizadas por la Sociedad Asturiana de Filosofía. Gijón, España. Disponible en:

<http://www.nodulo.org/ec/2002/n010p02.htm>

Buitendijk, S. E. (1993). How safe are Dutch home births? En E. Abraham-Van der Mark (ed). *Successful home birth and midwifery* (pp.115-128). Westport: Bergin y Garvey. [En línea]. Disponible en:

<http://books.google.es/books?hl=es&lr=yid=5f5CHkbBvUYC&oi=fnd&pg=PA115&dq=How+safe+are+Dutch+home+births%3F+yots=OETKCO9ZIo&sig=3nOD5L1Ka9e6fPctWG9Rs&d5CIMA#v=onepage&q=How%20safe%20are%20Dutch%20home%20births%3F&yf=false>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Bunge, M. (2001). *¿Qué es la Filosofía Científica?* Lima: Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Buckley, J. S. (2009). *Gentle Birth, Gentle Mothering: A Doctor's Guide to Natural Childbirth and Gentle Early Parenting Choices*. Berkeley: Celestial Arts.

C

Cáceres, E. (2006). Partos domiciliarios complicados y factores asociados a su práctica, reportados en el Hospital Carmen López-Aiquile: enero-marzo. *Cochabamba, s.n.*, 51 p. graf.

Cáceres, M., y García, R. (2013). *Fuentes de rigor en la investigación cualitativa*. [En línea]. Cuba: Universidad de Cienfuegos. Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/index/assoc/HASH0197/ef6fd6bc.dir/doc.pdf>

Caines, J. (1993). *High Risk Birth. Defined by whom?* [En línea]. Disponible en: <http://www.homebirth.org.uk/highriskjustine.htm>

Calvo, M. (2009). *Recuperando la esencia. El respeto a la feminidad y a la masculinidad: fórmula para el éxito académico y personal*. [En línea]. Disponible en: <http://www.attendis.com/recursos/ConfMariaCalvo.pdf>

Camacaro, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 18(40), 185-192.

Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*. 16, 276-279.

Canadian Association of Midwives [CAM]. (2013). *Position statement on home birth*. [En línea]. Disponible en: <http://www.canadianmidwives.org/DATA/TEXTEDOC/CAMACSF-HomeBirthPS-FINAL-2013ENG.pdf>

Canals, J. (1996). La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua. En J. Contreras (coord.). *Reciprocidad, cooperación y organización comunal: desde Costa a nuestros días*

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

(pp. 43-55). Instituto Aragonés de Antropología. [En línea]. Disponible en:
<http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/Informe%20Hojares2004-05.pdf>

Cárdenas, M. H., Ferrer, R. X., y Reina, R. (2009). Significados del cuidado humano en salud reproductiva. *Biblioteca Lascasas*, 5(2). [En línea]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0427.php>

Caro, F. J. y Díez de Castro, E.P. (2005). Investigación cualitativa asistida por ordenador en economía de la empresa. *Revista de Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 11(2), 45-58.

Catling-Paull, C., Dahlen, H., y Homer, C. C. (2010). Multiparous women's confidence to have a publicly-funded homebirth: A qualitative study. *Women y Birth*, 24(3), 122-128. doi: 10.1016/j.wombi.2010.09.001

Cecchetto, S. (1994). La medicalización del embarazo. *Cuaderno médico-soc XXXV*(3), 59-64.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEG). (2009). Focalización en 6 acciones para disminuir la Mortalidad Materna, (presentación). *2ª Reunión Técnica Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna*, 12 y 13 de febrero del 2009. Chiapas Oaxaca y Guerrero, México.

Chalmers, I., Enkin, M., y Keirse, M. (1989). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. New York: Oxford University Press.

Charles, C., Gafni A., y Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science y Medicine*, 49(5), 651-661. PMID: 10452420

Chervenak, F. A., McCullough, L. B., y Arabin, B. (2011). Obstetric ethics: an essential dimension of planned home birth. *Obstetrics y Gynecology*, 117(1183), 7- 18. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182172a97.

Chervenak, F. A., McCullough, L. B., Brent, R. L., Levene, M. I., y Arabin, B. (2013). Planned home birth: the professional responsibility response. *American Journal of Obstetrics y Gynecology*, 208(1), 31-38. doi:10.1016/j.ajog.2012.10.002

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Cheyney, M. (2005). *In Transition: A Biocultural Analysis of Homebirth Midwifery in the United States*. Tesis doctoral no publicada. University of Oregon, Oregón, USA. Disponible en:

http://www.hsls.pitt.edu/guides/histmed/dissertations/dissertations.html?topic_id=15ymonth=2006/05

Cheyney, M. (2008). Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace. *Qualitative Health Research*, 18(2), 254-267.

doi:10.1177/1049732307312393

Cheyney, M., Bovbjerg, M., Everson, C., Gordon, W., Hannibal, D., y Vedam, S. (2014). Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery y Women's Health*, 59(1), 17-27. doi: 10.1111/jmwh.12172

Cheng, Y.W., Snowden, J.M., y King, T.L., y otros (2013). Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *American Journal Obstetric Gynecology*, 209 (325) e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.06.022

Christiaens, W., y Bracke, P. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*, 25(2), e11-e19. doi:10.1016/j.midw.2007.02.001

Christiaens, W., Gouwy, A., y Bracke, P. (2007). Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. *BMC Health Services Research*, 7, 109. doi:10.1186/1472-6963-7-109

Clavero, J.A. (2008). [Entrevista concedida a Salut i Força]. Disponible en:

<http://www.salut.org/post/53755>

Coalition for Improving Maternity Care Services [CIMS]. (1996). The Mother-Friendly Childbirth Initiative. [En línea]. Disponible en: <http://www.motherfriendly.org/mfci/>

Cohen, J. (2008). The Homebirth Choice. *Midwifery Today*, September. [En línea].

Disponible en: <http://www.midwiferytoday.com/articles/homebirthchoice.asp>.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona [COIB]. (2010). *Guia d'assistència del part a casa*. Barcelona: Autor. [En línea]. Disponible en:
http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CASA_LLARGA.PDF

Colectivo Loé. (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: INSERSO. [En línea]. Disponible en:
http://www.colectivoioe.org/investigaciones_libros.php?op=libroyid=28

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer [CLADEM]. (1998). *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas(CRLP), CLADEM. [En línea]. Disponible en: <http://www.cladem.org/campanas-y-publicaciones/materiales/285-silencio-y-complicidad-violencia-contra-la-mujer-en-los-servicios-publicos-de-salud-del-peru>

Comisión de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Organización de los Estados Americanos)*. [En línea]. Disponible en:
<http://enclase.defensordelpueblo.es/MaterialDocumental/ConvencAmericaDDHH.pdf>

Consejo de Europa. (1997). *Convenio de Oviedo o Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina* (de 4 de abril de 1997). [En línea]. Disponible en:
<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2290/37.pdf>

Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. (s.f.). [En línea]. Disponible en:
<http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/organizacion-asistencial>

Cornejo, M., Mendoza, F. y Rojas, R. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Psykhé* 17(1), 29-39. doi: 10.4067/S0718-22282008000100004

Cossio, M. M. (2007). Parto domiciliario y factores asociados en la Urbanización Mineros San Juan. *Cochabamba*, s.n, (pp.50) graf.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Costa, C. M. (2012). *Convivencia: la percepción de educadores sobre las actitudes de los alumnos en el espacio educativo*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante. Alicante, España. [En línea]. Disponible en: <http://193.145.233.67/dspace/handle/10045/28278>

Crisálida. (2011). *Test para denunciar la violencia obstétrica en los hospitales extremeños*. [En línea]. Disponible en: <http://iniciativacrisalida.wordpress.com/2011/12/23/test-para-denunciar-la-violencia-obstetrica-en-los-hospitales-extremenos/>

Cunnigham, J. D. (1993). Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth centre, or in hospital labour wards. *Social Science y Medicine*, 36(4), 475-483. doi: 10.1016/0277-9536(93)90409-W

D

Dahlen, H., Schmied, V., Tracy, S. K., Jackson, M., Cummings, J., y Priddis, H. (2011). Home birth and the National Australian Maternity Services Review: too hot to handle? *Women and Birth*, 24(4), 148-155. doi: 10.1016/j.wombi.2010.10.002

Dahlen, H. (2010). Undone by fear? Deluded by trust? *Midwifery*, 26(2), 156-162. doi: 10.1016/j.midw.2009.11.008.

Dahlen, H. G., Barclay, L. M., y Homer, C. S. (2008). Preparing for the First Birth: Mothers' Experiences at Home and in Hospital in Australia. *Journal Perinat Education*, Fall, 17(4):21-32. doi: 10.1624/105812408X364143.

Dahlen, H. G., Barclay, L. M., y Homer, C. S. (2010a). The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. *Midwifery*, 26(1), 53-63. doi: 10.1016/j.midw.2008.01.012.

Dahlen, H. G., Barclay, L., y Homer, C. S. (2010 b). Reacting to the unknown': experiencing the first birth at home or in hospital in Australia. *Midwifery*, 26(4), 415-423. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.009

Dancy, R. B., y Fullerton, J. T. (1995) Preparing couples for home birth. Practical suggestions. *Journal Nurse Midwifery*, 40(6), 522-528. doi:10.1016/0091-2182(95)00017-8

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Das, P., Ghosh, S., Ghosh, M., y Mandal, A. (2008). A study on delivery and newborn care practices in a rural block of West Bengal. *Indian Journal Public Health*, 52(3), 159-160.
- Das, S., Bapat, U., More, N. S., Chordhekar, L., Joshi, W., y Osrin, D. (2010). Prospective study of determinants and costs of home births in Mumbai slums. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 38. doi: 10.1186/1471-2393-10-38
- Dasgupta, S., Das, P., Mandal, N.K., Karmakar, P.R., Ray, R.P. y Mandal, A. K. (2006). A study on intranatal care practices in a district of West Bengal. *Indian Journal Public Health*, 50(1), 15-18. PMID:17193753
- Davim R.M., y Menezes, R.M. (2001). Care to natural home delivery: Domiciliary assistance in natural delivery. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9(6), 62-68. doi.org/10.1590/S0104-11692001000600011.
- Davis, E. (1989). *Women's Intuition*. Berkeley: Celestial Arts.
- Davis, E. (2012). *Heart & Hands. A midwife's guide to pregnancy and birth*. 5ª edición. New York: Ten Speed Press; 2012.
- Davis-Floyd, R. (1994a). Culture and birth: The technocratic imperative. *International Journal of Childbirth Education*, 9(2), 6-7.
- Davis-Floyd, R. (1994b). The Rituals of American Hospital Birth. En D. McCurdy. *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*. (8th ed.) (pp. 323-340). New York: Harper Collins. [En línea]. Disponible en: <http://davis-floyd.com/the-rituals-of-american-hospital-birth/>
- Davis-Floyd, R. (1996). Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 237-269. doi: 10.1525/maq.1996.10.2.02a00080.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology y Obstetrics*, 75, 5-23.
- Davis-Floyd, R., y St. John, G. (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida
- De Jonge, A., van der Goes, B., Ravelli, A., Amelink-Verburg, M., Mol, B., Nijhuis, J., Gravenhorst, J., yBuitendijk, S. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

cohort of 529688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 116(9), 1177–1184. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x.

De Keijzer, B. (2003). *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina*. [En línea]. Disponible en: http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf

De la Cuesta, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4), Art. 3, 25-38. [En línea]. Disponible en: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf

De la Cuesta, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25, 1. [En línea]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_25.pdf

De la Cuesta, C. (2008). ¿Por dónde empezar la pregunta en investigación cualitativa? *Enfermería Clínica*, 18(4), 205-210.

De la Torre, M.T. (2006a). Organización de un Sistema Sanitario Público de Atención al Parto Domiciliario en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga. *Biblioteca Lascasas*, 2(4). [En línea]. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0186.php - 29k

De la Torre, M.T. (2006b). El nacimiento domiciliario planificado para mujeres embarazadas seleccionadas no es desaconsejable. *Evidentia*, 3(7). [En línea]. Disponible en: <http://www.Index-f.com/evidential/n7/190articulo.php>

De la Torre-Palomo, M.T. (2011). *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto. Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto (2010. A Coruña)*. A Coruña: Universidade, 51-72. [En línea]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/9089>

Declercq, E. y Stotland, N.E. (2014). *UpToDate Planned home birth*. [En línea]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/planned-home-birth>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Declercq, E., Macdorman, M.F., Menacker, F., y Stotland, N. (2010). Characteristics of planned and unplanned home births in 19 States. *Obstetrics and Gynecology*, 116(1), 93-99. doi:10.1097/AOG.0b013e3181e21f6d

Declaración de Ceará en torno a la humanización del parto. (2000). Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y el Nacimiento. Fortaleza. Brasil. [En línea]. Disponible en: <http://www.titania-tasco.com/docscientifica/DeclaracindeCearHumanizacinparaenviar.pdf>

Delgado, J. M., y Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

Delgado, M. E., Vargas, I., y Vázquez, M. L. (2006). El rigor en la investigación cualitativa. En M. L. Vázquez (Coord.). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (pp. 82-96). Barcelona: Bellaterra.

Delgado, Ana., López-Fernández, L. A., Luna, J.D., Saletti, Cuesta, L., Gil Garrido, N., y Puga, González, A. (2010). Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 66-71. doi:10.1016/j.gaceta.2009.09.010

Denman, C.A., y Haro, J.A. (2002). Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos. En F.J. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (Comp.). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana* (pp. 35-72). México: Universidad de Guadalajara. [En línea]. Disponible en: http://alamo.colson.edu.mx:8085/sitios/CESS/091020_frutosTrabajo/frutos_archivos/Denman2002%20Trayectoria%20y%20des.pdf

Department of Health. (1993). *Changing Childbirth: Report of the Expert Maternity Group (The Cumberledge Report)*. London: Stationery Office Books.

Department of Health. (2007). *Maternity Matters: Choice, access and continuity of care in a safe service*. London: Autor. [En línea]. Disponible en: http://dera.ioe.ac.uk/9429/1/dh_074199.pdf

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Dhar, R.S., Nagpal, J., Sinha, S., Bhargava, V.L., Sachdeva, A., y Bhartia, A. (2009). Direct cost of maternity-care services in South Delhi: a community survey. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 27(3), 368-378. PMC 2761791

Díez, C., y Esteban, M.L. (1999). Introducción. En C. Díez y M.L. Esteban (Coords). VIII Congreso de Antropología. Procesos globales de cambio. *Estructuras, contextos y prácticas. Simposio de Antropología del Género (Primera parte)* (pp.7-17). Asociación Galega de Antropología: Santiago de Compostela.

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. (2004). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Argentina: Ministerio de Salud. [En línea]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicacion>

Domínguez, A., y Massetti, A. (2009). *La "percepción de riesgos para la salud": los problemas metodológicos del abordaje interdisciplinario de categorías morales*. Conferencia en VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Buenos Aires. [En línea]. Disponible en: <http://www.iigg.fsoc.uba.ar/saludypoblacion/viii/jornadas/principal.php?resumenid=198>

Doval, J. L. (2006). [Entrevista concedida a Ana Conde en Alternativa natural]. *El Correo Gallego*. [En línea]. Disponible en: <http://www.elcorreogallego.es/index.php?idMenu=38yidNoticia=11287>

Downe, S., Walsh, D., y Gyte, G. (2008). Is maternity care evidence based or interpretation driven? Place of birth as an exemplar. *Midwifery*, 24(3), 247-249. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.001.

Duran, M. M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1), 7-18.

E

Educar. (2011). Sentencia del Tribunal Europeo de los Derechos humanos sobre parto en casa [En línea] disponible en: <http://educer.es/sentencia-del-tribunal-europeo-de-los-derechos-humanos-sobre-parto-en-casa/>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Educer. (2012). *Materiales y métodos estadísticos*. (Colección Observatorio del parto en casa en España). n° I. [En línea]. Disponible en:

www.educer.es/partocasa/01Metodologia.pdf

Educer. (2013). *Curso de acompañamiento al parto en casa. Modalidad a distancia*. [En línea]. Disponible en: <http://educer.es/fin-curso-parto-en-casa-modalidad-a-distancia/>

Educer. (2014). *Mapa del parto en casa. Datos de 2012*. (Colección Observatorio del parto en casa en España n° V). [En línea]. Disponible en:

www.educer.es/partocasa/05Mapa2012.pdf

Emple, H. E. (2010). *The Places of Birth: Navigating Risk, Control, and Choice*. Project. Paper 24. Macalester Collegue. [En línea]. Disponible en:

http://digitalcommons.macalester.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1023&context=geography_honors

Eriksson, C., Westman, G., y Hamberg, K. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 26(1), 63–72.

doi:10.1080/01674820400023275

Escobar-Triana, J. (2009). La medicina entre la necesidad y el deseo. Dignidad humana, cuerpo y tecnología. *Revista colombiana de bioética*, 4(2), 15-51

Espinosa. (1944). Plan General de Asistencia a la Maternológica y Puericultura. Citado en: Verdugo, M. A. *Autodeterminación y calidad de vida de las personas con discapacidad. Propuestas de actuación*. [En línea]. Disponible en: <http://www.cubaeduca.rimed.cu>

Esteban, M. L. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M.J. Barral, T. Fernández, y T. Yago (Comps.). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas* (pp. 25-51). Madrid: Minerva.

Estebanaranz, G. A. (1991). El cuestionario como instrumento de recogida de datos cualitativos en estudios etnográficos. Un estudio sobre valores. *Enseñanza y Teaching*, 9, 165-185. [En línea]. Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:20441&ydsID=cuestionario_como.pdf

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

European Court of Human Rights. Second Section. (2010). Case of Ternovszky v.s Hungary (Application no. 67545/09) Judgment. Strasbourg. [En línea]. Disponible en: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-102254>

European Network of Childbirth Associations (ENCA) (sf). About ENCA. [En línea]. Disponible en: <http://www.enca.info/index.php/home>

EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. (2013). The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Disponible en: www.europeristat.com

Evers, A. C., Brouwers, H. A., Hukkelhoven, C. W., Nikkels, P. G., Boon, J., van Egmond-Linden, A., y Kwee, A. (2010). Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 341, c5639. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c5639>.

F

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2006). *Jornada Iniciativa Parto Normal*. Vélez Málaga, 9 y 10 de junio de 2006. [En línea]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>.

Federación de Asociaciones de Matronas de España. [FAME]. (2011). *Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres*. [En línea]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/896/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/949/filename/iniciativa-al-parto-normal.pdf>

Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME] (2013). *Espacio de reflexión sobre el papel de la doula en la sociedad y su repercusión en el ámbito profesional de la matrona*. Congreso de la FAME y II Congreso de ANAMA. Pamplona-Iruña, 17-19 de Octubre de 2013. Pamplona, España. [En línea]. Disponible en: http://gallery.mailchimp.com/90b1baf4de6bb808e92608499/files/Resumenespaciodebatido_ulas.pdf

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras [FIGO]. (1992). Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 38 (Suppl), (pp, 79-80).

Fernández-Guillén, F. (2012). *Conoce tus derechos durante la atención al parto*. [En línea]. Disponible en: <http://franciscafernandezguillen.com/g/>

Fernández, I. (2003). La asistencia al parto: tecnología versus naturaleza. *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística*. 71, 59- 66. [En línea]. Disponible en: <http://www.amcmh.org/PagAMC/medicina/articulospdf/asistenciaparto.pdf>

Fernández, J. (2009). El parto en el domicilio. *Gaceta electrónica SEGO*, 44.

Fernández, M. J. (2006). Diseño de estudios muestrales en investigación cualitativa. En M. L. Vázquez (Coord.). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (pp. 31-52). Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Fernández, M. P. (2008). Costaleros de Sevilla. En A. Téllez (Coord.). *Técnicas de investigación en Antropología: Experiencias de campo* (pp. 55-80). Elche: Universidad Miguel Hernández.

Ferreira, M. R., y Vázquez, M. L. (2006). Introducción a los fundamentos teóricos de la investigación cualitativa. En M. L. Vázquez (Coord.). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (pp.19-30). Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Figueroa, J. G. y Franzoni, J. (2011). Del hombre proveedor al hombre emocional: construyendo nuevos significados de la masculinidad entre varones mexicanos. En F. Aguayo y M. Sadler (Eds.) *Masculinidades y políticas* (pp. 64-82). [En línea]. Disponible en: http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201212041627090.2011LibroMasculinidadesyPolíticas.pdf

Freeze, R. A. (2008). Born free: unassisted childbirth In North America. *Iowa Research Theses and Dissertations* University of Iowa. [En línea]. Disponible en: <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1387&context=etd>

Fullerton, J. T., Navarro, A. M, y Young, S. H. (2007). Outcomes of Planned Home Birth: An Integrative Review. *Midwifery Womens Health*, 52(4), 323-333
doi:10.1016/j.jmwh.2007.02.016.

G

Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Universidad EAFIT.

Gamble, J., Creedy, D. K., y Teakle, B. (2007). Women's expectations of maternity services: A community-based survey. *Women and birth*, 20(3), 115-120.

Garces, A. L., McClure, E. M., Chomba, E., Patel, A., Pasha, O., Tshefu, A., Esamai, F., Goudar, S., Lokangaka, A., Hambidge, K. M., Wright, L. L., Koso-Thomas, M., Bose, C., Carlo, W. A., Liechty, E. A., Hibberd, P. L., Bucher, S., Whitworth, R., y Goldenberg, R. L. (2012). Home birth attendants in low income countries: who are they and what do they do? *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(12), 34. doi: 10.1186/1471-2393-12-34.

García, R. (2001). Fundamentación de una epistemología en las ciencias sociales. *Estudios Sociológicos*, XIX(3), 615-620.

García-Carabantes, A.B. (2006). Parir en casa, una realidad. Experiencia 1986-2006 *Medicina naturista*, 10, 592-597.

García-Carrascosa, L. (2010). *El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural*. [En línea]. Disponible en:
http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el_miedo_y_dolor_en_el_parto.pdf

García, M. J. (2008). Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. *Cultura de los Cuidados*, XII(24), 57-58. [En línea]. Disponible en:
http://www.academia.edu/2485837/2008_Historia_del_arte_de_los_partos_en_el_ambito_familiar

García, M. J. y García, A. C. (1999). Fechas clave para la Historia de las Matronas en España. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 5(6), 243-260.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Garzón, A. y Garcés, J. (1989). *Hacia una conceptualización del valor. Creencias, actitudes y valores*. Alhambra: Madrid.

Gebrehiwot, T., San Sebastian, M., Edin K., y Goicolea, I. (2014). Health workers' perceptions of facilitators of and barriers to institutional delivery in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 137 doi:10.1186/1471-2393-14-137

Gesellschaft für Qualität in der auberklinischen Geburtshilfe e.V (QUAG). (2014) Geburtenzahlen in German. [en línea]. Disponible en: <http://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm>

Ghazi, Tabatabaie, M., Moudi, Z., y Vedadhir, A. (2012). Home birth and barriers to referring women with obstetric complications to hospitals: a mixed-methods study in Zahedan, southeastern Iran. *Reproduction Health*, 20(9), 5. doi: 10.1186/1742-4755-9-5.

Gibbons, M. (2006). Birth, simply. *Journal of Perinatal Education*, 15(3), 3-5.

Goberna, J. (2011). La relación asistencial en la atención sanitaria al embarazo y parto: aspectos éticos en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. En: J. Macías, F.J. Medina. *Enfermería obstétrico-ginecológica VII*. (pp.95-122) Madrid: Funden. (Colección Líneas de Especialización para Enfermería).

González, A. (2003) [Entrevista concedida a Alejandra Rodríguez. La moda de parir en casa]. *El Mundo. Suplemento de salud* 543. [En línea]. Disponible en: www.elmundo.es/salud/2003/543/1066417694.html

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

González, S. P. (s.f.). *Auto-concepto, auto-estima, dignidad y autonomía*. [En línea]. Disponible en: http://ftp.ruv.itesm.mx/apoyos/logistica/logistica/pacsi/h1018/h1018_003.pdf

González-Merlo, J. y del Sol, J.R. (1992) *Obstetricis*. 4ª ed. Barcelona: Masson-Salvat medicina

González-Morales, A. (2003). Los Paradigmas de investigación en las ciencias sociales. La noción de paradigma. *Islas*, 45(138), 125-135. [En línea]. Disponible en:

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

<http://intranet.catie.ac.cr/intranet/posgrado/Met%20Cual%20Inv%20accion/MCIAP2010/Se%20mana%201/DocumentosSem110/Los%20paradigmas%20de%20investigaci%C3%B3n%20Gonz%C3%A1les%202003.pdf.pdf>

Green, J. M., y Baston, H. A. (2007). Have women become more willing to accept obstetric interventions and does this relate to mode of birth? Data from a prospective study. *Birth*, 34(1), 6-13. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00140.x

Grünebaum, A., McCullough, L. B., Sapra, K. J., Brent, R. L., Levene, M. I., Arabin, B., y Chervenak, F. A. (2013). Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 209(4), 323-e1. doi:10.1016/j.ajog.2013.06.025

Guasch, O. (2008). Género, masculinidad y edad. En A. Téllez, J. E. Martínez Guirao. *Investigaciones antropológicas sobre género: de miradas y enfoques* (pp. 43-54). España: Universidad Miguel Hernández. SIEG.

Guba, E.G., y Lincoln, Y.S. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. A. Denman y J. A. Haro (Comps.). *Por los rincones. Una antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). México: El Colegio de Sonora.

Gulluscio, V. (2006). El Sergas apuesta por humanizar el parto, pero rechaza protocolarizar la atención a domicilio. [Entrevista concedida a *El Correo Gallego*]. [En línea]. Disponible en: <http://www.elcorreogallego.es/index.php?idMenu=38yidNoticia=112873>

Gutmann, M. C. (1998). Traficando con hombres: La antropología de la masculinidad. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 8, 47-99.

Gutman, L. (2011). *Patriarcado, represión sexual y partos dolorosos*. [En línea]. Disponible en: <http://www.lauragutman.com.ar/patriarcado-represion-sexual-y-partos-dolorosos/>

Gyte, G. (2007). Safety of planned home birth an NCT review of evidence. *New Digest*, 40, 20-29.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Gyte, G., Dodwell, M. (2008). Safety of planned home birth: an NCT review of evidence. *MIDIRS Midwifery Digest*, 18(3), 376-385

Gyte, G., Dodwell, M., y Macfarlane, A. (2010). Editorials about home birth-proceed with caution. *Lancet*, 376(9749), 1297. doi:10.1016/S0140-6736(10)61906-X

Gyte, G., Dodwell, M., Newburn, M., Sandall, J., Macfarlane, A., y Bewley, S. (2008). An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003. *An International Journal of Obstetrics y Gynaecology (BJOG)*, 115(10), 1321-1322. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01669.x

Gyte, G., Dodwell, M., Newburn, M., Sandall, J., Macfarlane, A., y Bewley, S. (2009). Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the 'best' available data are not good enough. *An International Journal of Obstetrics y Gynaecology (BJOG)*, 116(7), 933-942. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02147.x

Gyte, G., Newburn, M., y Macfarlane, A. (2010). Critique of a meta-analysis by Wax and colleagues which has claimed that there is a three-times greater risk of neonatal death among babies without congenital anomalies planned to be born at home. *NCT*. Disponible en: http://www.nctpregnancyandbabycare.com/_files/documents/0c59

H

Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., y Gates, S. (2008). Midwifeled versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub2

Hatt, L., Stanton, C., Ronsmans, C, Makowiecka K, Adisasmita A. (2009). Did professional attendance at home births improve early neonatal survival in Indonesia? *Health Policy Plan*, 24(4), 270-278. doi: 10.1093/heapol/czp012.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Hartley, C. (2007). Trusting Birth Even More. *Midwifery Today*, 81. [En línea]. Disponible en: <http://www.midwiferytoday.com/articles/trustingbirth.asp>

Havill, N. (2012). Therapeutic Landscapes for Birth: A Research Synthesis. Thesis. University of North Carolina at Chapel Hill. [En línea]. Disponible en: <https://cdr.lib.unc.edu/.../uuid:4cdf62f6-455b-4046-ae98-4a7b625a6a6e?dl...>

Hazard, L. Husbands and Homebirth. (2007). *Midwifery Today*, (84), 18-9. Disponible en: <http://www.midwiferytoday.com/magazine/issue84.asp>

Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I., y Mårtensson, L. B. (2012). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: *an integrative review*. *Midwifery*, 28(3), 380-390. doi: 10.1016/j.midw.2011.05.006.

Henderson, J., y Petrou, S. (2008). Economic implications of home births and birth centers: a structured review. *Birth*, 35(2), 136-146. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00227.x.

Hendrix, M., Van Hork, M., Moreta, D., Nieman, F., Nieuwenhuijze, M., Severens y Nijhuis, J. (2009). Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in The Netherlands. *An International Journal of Obstetrics y Gynaecology (BJOG)*, 116(4), 537-542. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02103.x

Hendrix, M.J., Evers, S.M., Basten, M.C., Nijhuis, J.G., Severens, J.L. (2009). Cost analysis of the Dutch obstetric system: low-risk nulliparous women preferring home or short-stay hospital birth--a prospective non-randomised controlled study. *BMC Health Services Research*, 9, 211. doi: 10.1186/1472-6963-9-211

Hendrix, M., Pavlova, M., Nieuwenhuijze, M. J., Severens, J. L., y Nijhuis, J. G. (2010). Differences in preferences for nulliparae between Obstetric care and their partners in the Netherlands: a discrete-choice experiment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 31(4), 243-251. doi:10.3109/0167482X.2010.527400

Hendrix, M. (2010). Home or home-like hospital birth for low-risk nulliparae: does it matter? Thesis Maastricht University Medical Centre. 138p. [En línea]. Disponible en: <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=19368>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Herrera, F. (1999). La Casa de Maternidad de Cádiz a finales del siglo XIX. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 5(6), 271-284.

Hidalgo, I. M., Menárguez, J.F., Ortín, E., Sánchez, J.A., (2007). Integrando los valores y opiniones del paciente. Árboles de decisión. En Grupo de Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. *Atención sanitaria basada en la evidencia. Su aplicación a la práctica clínica*. (pp. 449-578) Murcia: Consejería de Sanidad. [En línea]. Disponible en:

http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=103&idsec=88

Hildingsson, I., Cederlöf, L., y Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women y Birth*, 24(3), 129-136. doi: 10.1016/j.wombi.2010.12.003

Hildingsson, I.M., Lindgren, H E., Haglund, B., y Radestad, I. J. (2006). Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *American Journal of Obstetrics y Gynecology*, 195(5), 1366-1372 doi:10.1016/j.ajog.2006.03.050

Hildingsson, I., Waldenström, U., y Rådestad, I. (2003). Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth*, 30(1), 11-22. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00212.x

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. y Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4

Hodnett, E. D., Stremler, Robyn., Willan, A. R., Weston, J. A., Lowe, N. K., Simpson, K. R., Fraser, William, D., Gafni, Amiram and., Structured Early Labour Assessment and Care by Nurses Trial Group (SELAN) (2008). Effect on birth outcomes of a formalised approach to care in hospital labour assessment units: international, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 337. a1021. doi: 10.1136/bmj.a1021

Hoebel, A. (1973). *Antropología: el estudio del hombre*. Barcelona: Omega.

Homer, C., y Caplice, S. (2007). *Evaluation of the publicly-funded homebirth program in South East Sydney Illawarra Area Health Service*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.nmh.uts.edu.au/cmcfh/research/stgeorge-homebirth.pdf>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Homer, C., y Nicholl, M. (2008). *Review of homebirths in Western Australia Department of Health Western Australia*. [En línea]. Disponible en:

http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/publications/docs/11284_HOMEBIRTH.pdf

Hospital de Manises. (2014, 10 de junio). *El Hospital de Manises inaugura su 'Casa de Partos', la primera integrada en un hospital de la red pública*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.hospitalmanises.es/sala-de-prensa/actualidad/el-hospital-de-manises-inaugura-su-casa-de-partos.html>

Human Rights in Childbirth. (2012). *What are human rights in childbirth?* [En línea].

Disponible en: <http://www.humanrightsinchildbirth.com/human-rights>

Hunter, L. (2008). A hermeneutic phenomenological analysis of midwives' ways of knowing during childbirth. *Midwifery*, 24(4), 405-415. doi: 10.1016/j.midw.2007.06.001

Hutton, E. K., Reitsma, A. H., y Kaufman, K. (2009). Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: A retrospective cohort study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 36(3), 180-189. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x

I

Ibarra, X., y Siles, J. (2006). Rol del enfermo crónico: una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 20, 129-135.

Illich, I. (2006a). La convencionalidad. En V. Borremans y J. Sicilia (Revs.), *Obras reunidas I* (369-532). México DF: Fondo de Cultura Económica.

Illich, I. (2006b). Némesis médica. En V. Borremans y J. Sicilia (Revs.). *Obras reunidas I* (pp. 533-763). México DF: Fondo de Cultura Económica.

Imaz, E. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y sociedad*, 36, 97-112.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Imaz, E. (2007). Mujeres gestantes, madres en gestación, representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas. Tesis.

País Vasco. [En línea]. Disponible en:

http://www.ehu.es/argitalpenak/images/stories/tesis/Ciencias_Sociales/TESIS_ELIXABETE_IMAZ.pdf

Imaz, E. (2014). *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*. Euskadi: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2001). Mainstreaming de género: la necesidad de avanzar. En Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Comps.). *Seminario Sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa* (pp. 15 -25). Madrid: Autor

Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Economía y Hacienda, España.

(2002). *Movimiento natural de poblaciones*. [En línea]. Disponible en:

http://www.ine.es/buscar/searchResults.do?searchString=partos+2002ySe_archButton=BuscarysearchType=DEF_SEARCHystartat=0yL=0

Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Economía y Hacienda, España.

(2007). *Demografía y Población. Partos*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxisypath=/t20/e301/parto/a2007yfile=pcaxisyL=0>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Economía y Hacienda, España.

(2008). *Demografía y Población. Partos*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxisypath=/t20/e301/parto/a2008yfile=pcaxisyL=0>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Economía y Hacienda, España.

(2009). *Demografía y Población. Partos*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxisypath=/t20/e301/parto/a2009yfile=pcaxisyL=0>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Economía y Hacienda, España.

(2010). *Demografía y Población. Partos*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxisypath=/t20/e301/parto/a2010yfile=pcaxisyL=0>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Economía y Hacienda, España.

(2011). *Demografía y Población. Partos*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxisypath=/t20/e301/parto/a2011yfile=pcaxisyL=0>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Economía y Hacienda, España.

(2012). *Demografía y Población. Partos*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxisypath=/t20/e301/parto/a2012yfile=pcaxisyL=0>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Economía y Hacienda, España.

(2013). *Demografía y Población. Partos*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Economía y Hacienda, España.

(2014). *Demografía y Población. Partos*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/parto/a2013/10/&file=10003.px&type=pcaxis&L=>

Instituto Vasco de la Mujer (2008). *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*.

Vitoria – Gasteiz: Emakunde. [En línea]. Disponible en:

http://www.berdingune.euskadi.net/u89congizon/es/contenidos/enlace/enlaces_mochila_gizonduz1/es_gizonduz/adjuntos/guia_masculinidad_cas.pdf

International Confederation of Midwives. (2011). Position Statement on Home Birth. [En línea]. Disponible en:

http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/PS2011_010%20ENG%20Home%20Birth.pdf

Iyengar, S.D., Iyengar, K., Suhalka, V., y Agarwal, K. (2009). Comparison of domiciliary and institutional delivery-care practices in rural Rajasthan, India. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 27(2), 303-312. PMID:19489423

Izugbara, C., Ezeh, A., Fotso, y J.C. (2009). The persistence and challenges of homebirths: perspectives of traditional birth attendants in urban Kenya. *Health Policy Plan*, 24(1), 36-45. doi: 10.1093/heapol/czn042

J

Jackson, M.1., Dahlen, H., y Schmied, V. (2012). Birthing outside the system: perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery*, 28(5), 561-567. doi: 10.1016/j.midw.2011.11.002.

Janesick, V. J. (2000). La danza del diseño de la investigación cualitativa: Metáfora, metodolatría y significado. En C. A. Denman y J. A. Haro (Eds.). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 227-251). Sonora: El Colegio de Sonora.

Janssen, P. A., Carty, E. A., y Reime, B. (2006). Satisfaction with planned place of birth among midwifery clients in British Columbia. *Journal of Midwifery y Women's Health*, 51(2), 91-97. doi:10.1016/j.jmwh.2005.10.012

Janssen, P. A., Henderson, A. D., y Vedam, S. (2009). The experience of planned home birth: Views of the first 500 women. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 36(4), 297-304. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00357.x.

Janssen, P.A., Shoo, K., Ryan, E. M., Etches, D. J., Farquharson, D. F., Peacock, D., y Klein, M.C. (2002). Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 166, 315-323.

Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L.A., Klein, M. C., Liston, R. M., Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*, 181(6-7), 377-383. doi: 10.1503/cmaj.081869

Jeffery, R. (2010). Only when the boat has started sinking: A maternal death in rural north India. *Social Science y Medicine*, 71(10), 1711-1718. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.002

Jiménez, M. L. (2008). Escenarios y circunstancias deseadas para para su futuro parto en mujeres españolas. *Medicina naturista*, 2(3), 169-186.

Jiménez, M. A y Rico, A. M. (2003). Los relatos de vida como método de investigación intercultural. *Actas del VIII Simposio Internacional de la SEDLL. Facultad de Educación.*

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

3-5 de Diciembre de 2003. Badajoz. [En línea]. Disponible en:

http://sedll.org/es/congresos_actas_interior.php?cod=154

Jociles, M. I. (1999). Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico. *Gazeta de Antropología*, 15(15), Artículo 01. [En línea]. Disponible en:

http://www.ugr.es/~pwlac/G15_01MaríaIsabel_Jociles_Rubio.html

Johnson, T. R., Callister, L. C., Freeborn, D. S., Beckstrand, R. L., y Huender, K. (2007).

Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(3), 170-177. doi:10.1097/01.NMC.0000269567.09809.b5

Johnson, F. A., Padmadas, S. S., y Brown, J. J. (2009). On the spatial inequalities of institutional versus home births in Ghana: a multilevel analysis. *Journal Community Health*, 34(1), 64-72. doi:10.1007/s10900-008-9120-x

Jordan, B. (1992). Authoritative knowledge and its construction. *Introductory Remarks to*

Symposium on "Birth in Twelve Cultures: Papers in Honor of Brigitte Jordan". Annual Meetings of the American Anthropological Association, San Francisco CA, December 3.

[En línea]. Disponible en: www.lifescapes.org/Papers/AAA92%20Remarks.doc

Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland Press: Illinois.

Jouhki, M. R. (2012). Choosing homebirth--the women's perspective. *Women y Birth*, 25(4), e56-61. doi: 10.1016/j.wombi.2011.10.002

K

Kant, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (J. Mardomingo, Trad.) Barcelona: Ariel. (Trabajo original publicado en 1785).

Keirse, M. (2010). Home birth: gone away, gone astray, and here to stay. *Birth*, 37 (4), 341-346. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00431.x

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Kennare, R.M., Keirse, M.J., Tucker, G.R., y Chan, A.C. (2010). Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Medicine Journal Australian*, 192(2), 76-80.

Kitzinger. (1993). *Nacer en casa y otras alternativas al hospital*. Interamericana. Madrid: McGraw-Hill.

Kitzinger, S. (2006). Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics. *British Journal of Midwifery*, 14(9), 544-545.

Knape, N., Schnepf, W., Krahl, A., y Zu Sayn-Wittgenstein, F. (2013). The efficiency of one-to-one support during labour - a literature analysis. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 217(5), 161-172. doi: 10.1055/s-0033-1355382

Koettker, J.G., Brüggemann, O.M., Dufloth, R.M., Knobel, R., y Monticelli, M. (2012). Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Brazil. *Revista de Saude Publica*, 46(4), 747-750. doi 10.1590/S0034-89102012005000051

Kornelsen, J., Kotaska, A., Waterfall, P., Willie, L., y Wilson, D. (2010). The geography of belonging: the experience of birthing at home for First Nations women. *Health Place*, 16(4), 638-645. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.02.001

Krotz, E. (2004). Antropología, derechos humanos y diálogo intercultural. *Ciencias Sociales* 103-104(I-II), 75-82.

Kruk, M.E., Paczkowski, M., Mbaruku, G., de Pinho, H., y Galea, S. (2009). Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: a population-based discrete choice experiment. *American Journal of Public Health*, 99(9), 1666-1672. doi: 10.2105/AJPH.2008.146209

Kukulu, K., y Öncel, S. (2009). Factors influencing women's decision to have a home birth in rural Turkey. *Midwifery*, 25(1), 32-38. doi:10.1016/j.midw.2006.12.009

L

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

La colectiva del libro de salud de las mujeres de Boston (1981). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Icaria.

Lafuente, M. J., y Aparici, M. A. (2009). *Papel del padre durante el embarazo y el parto*. Barcelona: Mayo.

Laws, P., y Hilder L. (2008). *Australia's mothers and babies 2006*. Sydney: Australian Institute of Health and Welfare. National Perinatal Statistics Unit. [En línea]. Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442458970>

Lawrence, D. H., y Roosvelt, T. (s.f.). *Principles of medical Ethics*. Boston: Jones y Bartlett. [En línea]. Disponible en: http://www.jblearning.com/samples/0763760633/60632_ch02.pdf

Leboyer, F. (2010). *Por un nacimiento sin violencia*. Madrid: Mandala.

Leininger, M. (2005). Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En J.M. Morse. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 137-160). Alicante: Universidad de Alicante.

Lembo, M. (2009). *Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales*. [En línea]. Disponible en: http://www.fmvuba.org.ar/antropologia/VoIV_N2_2009/lembo.pdf

Lévi-Strauss, C. (1987). *Antropología Estructural*. Barcelona: Paidós.

Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre la Seguridad Social. Bases de la Seguridad Social. BOE 312, de 30 de diciembre de 1963, (pp. 18181- 18190). [En línea]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1963-22667

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. Gaceta Oficial del 23 de abril de 2007, n° 38.668. República Bolivariana de Venezuela. [En línea]. Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE de 29/4/1986. Gobierno de España. [En línea]. Disponible en: http://www.unileon.es/ficheros/servicios/prevencion/ley14_1986.pdf

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002, pp. 40126- 40132. Gobierno de España. [En línea]. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/.../pdf/.../ley_autonomia_paciente.pdf

Ley 1/2003, de 28 de enero, Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. DOGV nº 4430 de 31 de enero de 2003. Generalitat Valenciana. [En línea]. Disponible en: http://www.docv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=0421/2003yL=1

Lincoln, Y. (1997). Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, XV(2), 57-69. [En línea]. Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls_new/docs/dip_lsp/conexiones.pdf

Lindgren, H., Hildingsson, I., y Radestad, I. (2006). A Swedish interview study: Parents' assessment of risks in home births. *Midwifery*, 22(1), 15-22. doi:10.1016/j.midw.2005.04.002

Lindgren, H. E., Hildingsson, I. M., Christensson, K., y Rådestad, I. J. (2008). Transfers in planned home births related to midwife availability and continuity: a nationwide population-based study. *Birth*, 35(1), 9-15.. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00206.x.

Lindgren, H., y Erlandsson, K. (2010). Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study. *Birth*, 37(4), 309-317. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x

Lindgren, M., y Erlandsson, K. (2011). She leads, I follow - Fathers' experiences of a planned home birth. A Swedish interview study. *Sexual y Reproductive Health*, 2(2), 65-70. doi: 10.1016/j.srhc.2010.12.002

Lindgren, H. E., Radestad, I. J., Christensson, K., y Hildingsson, I. M. (2008). Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 87(7), 751-759. doi: 10.1080/00016340802199903

Lindgren, H.E., Rådestad, I.J., Christensson, K., Wally-Bystrom, K., y Hildingsson, I.M. (2010). Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery*, 26(2), 163-72. doi: 10.1016/j.midw.2008.04.010

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Lipson, J. G. (2005). Asuntos éticos en la etnografía. En J. Morse (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 419-445). Alicante: Universidad de Alicante.

Lokugamage, A. (2012). In pursuit of the benefits of physiological birth. *Midwifery today with international midwife*, 108, 38-41. PMID:24511839

Longworth, L., Ratcliffe, J., y Boulton, M. (2001). Investigating women's preferences for intrapartum care: home versus hospital births. *Health y social care in the community*, 9(6), 404-413. Doi:10.1046/j.1365-2524.2001.00319.x

Longo, R. G., Moschella, R., Pawlowicz, M. P., y Zaldúa, G. (2013). Significaciones y prácticas de las y los trabajadores de la salud vinculadas al acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la zona sur de la Caba. *Memorias III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. 22 al 25 de noviembre de 2013. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. [En línea]. Disponible en: <http://saludypsicologia.com/wp-content/uploads/2012/02/05-Psicolog%C3%ADa-de-la-Salud-Epidemiolog%C3%ADa-y-Prevenci%C3%B3n.pdf>

Lombardía, J. y Fernández, M. (2009). *Ginecología y Obstetricia*. Manual de consulta rápida. Panamericana: Madrid.

López, A. (1997). *Nuevas masculinidades y cooperación al desarrollo*. [En línea]. Disponible en: <http://www.mundubat.org/archivos/201107/ddhbmujeres04web.pdf?1>

López, G., y Jiménez, M. (2009). Las casas de parto dentro del sistema hospitalario. *Matronas Profesión*, 10(2), 12-15.

Lothian, J. A. (2012). Being safe: making the decision to have a planned home birth in the United States. *The Journal of clinical ethics*, 24(3), 266-275.

Lowe, N. K. (2009). The "authorities" resolve against home birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, y Neonatal Nursing*, 38(1), 1-3. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00300.x

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Luque, M. A., y Oliver, M. I. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index de Enfermería* (edición digital), 48-49, 9-13. doi: 10.4321/S1132-12962005000100002

Lundgren, I. (2010). Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in public health care. *Sexual y Reproductive Healthcare*, 1(2), 61-66. doi: 10.1016/j.srhc.2010.02.001

M

Maassen, M. S., Hendrix, M.J., Van Vugt, H. C., Veersema, S., Smits, F., y Nijhuis, J. G. (2008). Operative deliveries in low-risk pregnancies in The Netherlands: primary versus secondary care. *Birth*, 35(4):277-282. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00254.x

MacDorman, M. F., Declercq, E., y Mathews, T.J. (2013). Recent trends in out-of-hospital births in the United States. *J Midwifery Womens Health*, 58(5), 494–501. doi: 10.1111/jmwh.12092

MacDorman, M. F., Menacker, F., y Declercq, E. (2010, March). Trends and Characteristics of Home and Other Out-of-Hospital Births in the United States, 1990–2006. *National Vital Statistics Reports*, 58(11), 1-9. [En línea]. Disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_11.pdf

MacKenzie, H., y van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488-496. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.003

Maceiras, M. C., Salgado, A., y Atienza, G. (2009). La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Avalia, 2007, 03. [En línea]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/AsisPartoMujeresSanas.pdf>

Madi, B.C., y Crow, R. (2003). A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery. *Midwifery*, 19(4), 328-36. doi: 10.1016/S0266-6138(03)00042-1

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Magnone, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U de la R, Montevideo*, (pp. 13-14). [En línea]. Disponible en:

<http://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf>

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. [En línea]. Disponible en:

<http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/viewArticle/244>

Magoma, M., Requejo, J., Campbell, O. M., Cousens, S., y Filippi, V. (2010). High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: A case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 13. doi:10.1186/1471-2393-10-13

Maldonado, M. E. (2008). Parto y Nacimiento: Genealogía de una apropiación.

Corporalología, 1, 6-10. [En línea]. Disponible en:

<http://www.corporalogia.com/Doc/art10808.pdf>

March, J. C., Prieto, M. A., Hernán, M., y Solas, O. (2002). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. En F.J.H. Mercado, D. Gastaldo, y C. Calderón (Comp.). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana* (pp.462-479).

Guadalajara: Universidad de Guadalajara / Universidad Autónoma de Nuevo León /

Servicio Vasco de Salud Osakidetza / Asociación Médica de Jalisco / Instituto Jalisciense de Cancerología.

Martin, E. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon.

Marín, R. (1992). *El Contenido axiológico de la educación: la crisis de valores y los valores emergentes*. Madrid: Asociación de Profesores Jubilados de Escuelas Universitarias.

Maroto, G., Castaño, E, García MM, Hidalgo, N y Mateo, I. (2009). Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Revista Española de Salud*

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Pública, 83(2), 267-278. [En línea]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000200010yscript=sci_arttext

Márquez, S., y Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia Revista de Filosofía*, II, 8. [En línea]. Disponible en:

<http://www.revistadefilosofia.org/4Lamedicalizacion.pdf>

Márquez, F. (1999). Relatos de vida entrecruzados: trayectorias sociales de familia. *Proposiciones*, 29, 147-157. [En línea]. Disponible en:

<http://www.sitiosur.cl/publicacionescatalogodetalle.php?PID=3255ydoc=Yylib=Yyrev=Yyart=Yydocl=Yyvid=Yyautor=ycoleccion=ytipo=ALLynunico=15000029>

Martínez-Escoriza, J.C. (2010). Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en hospital? *Evidencia en Pediatría*, 6, 46. [En línea]. Disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/files/41-10923-RUTA/46Editorial.pdf>

Martínez, I. (2005). Actualización de conceptos en perspectivas de género y salud. Conferencia en *Perspectiva de género en salud. Programa de formación de formadores/as*. Módulo 2, Madrid, España.

Martínez-Mollá, T.M., Solano, C., y Siles, J. (2013). Yo acompaño. Experiencia del padre en la decisión del parto en casa. *Index de Enfermería* [edición digital], 22(1-2), 89-92. doi:10.4321/S1132-12962013000100019

Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ed. Díaz de Santos S.A.

Mas-Pons, R., y Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ibáñez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L., y Escribà-Agüir, V. (2012). Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 236-242. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.019

Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales*. Alberta: Qualitative Institute Press. [En línea]. Disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>

Mayo Clinic Staff. *Home birth: know the pros and cons*. [En línea]. Disponible en: <http://www.mayoclinic.com/health/home-birth/MY01713>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

McCallum, C., y Dos Reis, A. P. (2008). Users' and providers' perspectives on technological procedures for 'normal'childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *Salud Publica De Mexico*, 50(1), 40-48. [En línea]. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n1/a10v50n1.pdf>

McGraw-Hill. (s.f.). *Diccionario de antropología* [En línea]. Disponible en:

http://highered.mcgraw-hill.com/sites/0072500506/student_view0/glossary.html

McLachlan, H., y Forster, D. (2009). The safety of home birth: Is the evidence good enough?. *Canadian Medical Association Journal*, 181(6-7), 359-360.

doi:10.1503/cmaj.091240

Mcmurtrie, J., Catling-Paull, C., Teate, A., Caplice, S., Chapman, M., y Homer, C. The St. George Homebirth Program: an evaluation of the first 100 booked women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 49(6), 631-646. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01103.x

Mead, M., y Kornbrot, D. (2004). The influence of maternity units “intrapartum intervention rates and midwives” risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*, 20(1), 61–71. doi: 10.1016/S0266-6138(03)00054-8

Mead, M., y Kornbrot, D. (2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Buenos Aires: Paidós.

Medina, G. (2009). *Violencia Obstétrica*. [En línea]. Disponible en:

www.graciamedina.com/asset.

Melender, H. (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *Journal of Midwifery y Women's Health*, 51(5), 331-339. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.02.009

Menéndez, E.L. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Ciesas.

Menéndez, E.L., y Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Ciesas.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Méndez-González, R. M., y Cervera-Montejano, M. D. (2002). Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Pública de México*, 44(2), 129-136.

Midwives Alliance of North America (MANA). (2012). Home Birth Position Statement. [En línea]. Disponible en:

<http://www.mana.org/sites/default/files/MANAHomebirthPositionPaper.pdf>

Midwives Association of Washington State (MAWS).. (s.f). Position Statements on Birth Setting and Normal Birth, Planned Births at Home and in Freestanding Birth Centers by Women Under the Primary Maternity Care of Midwives in Washington. . [En línea].

Disponible en: <http://www.washingtonmidwives.org/index.html>

Midwives Association of Washington State (MAWS). (2008). Shared Decision-Making (Position Statement). . [En línea]. Disponible en: <http://www.washingtonmidwives.org/consumers/position-statements-home-birth.html>

Miller, A.C., y Shriver, T.E. (2012a). Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Journal Social Science y Medicine*, 75(4), 709-716. doi:

10.1016/j.socscimed.2012.03.051

Miller, S.1., y Skinner, J. (2012b). Are first-time mothers who plan home birth more likely to receive evidence-based care? A comparative study of home and hospital care provided by the same midwives. *Birth*, 39(2),135-144. doi: 10.1111/j.1523-536X.2012.00534.x

Ministerio de Salud [MINSA]. Perú. (2002). *Plan nacional de acción para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 1998-2001*. Lima: Autor. [En línea]. Disponible en:

www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Observatorio de Salud de la Mujer (Coord.). (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*.

Madrid: Autor. [En línea]. Disponible en:

www.msc.es/organizacion/sns/.../atencionParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009a).Gobierno de España. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). N°. 129 Jueves 28 de mayo

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

de 2009 Sec. III. Pág. 44697, cve: BOE-A-2009-8881. [En línea]. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009b). Gobierno de España. *Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Gobierno de España. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [En línea]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaetsa/up/AETSA_2011_10_GPC_Embarazo.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Versión resumida.[En línea]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Gobierno de España. *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. [En línea].

Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España y Comunidades Autónomas, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco [OSTEBA], Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. OSTEBA N° 2009/01. [En línea]. Disponible en:

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/gpc_10_02_Partnor_com.pdf

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Ministerio de Sanidad y Política Social (MSYSP). (2011a). Gobierno de España. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (MSYSP). (2011b). Gobierno de España. *Calidad en la Asistencia Profesional al Nacimiento y la Lactancia*. [En línea]. Disponible en:

<http://msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (MSYSP). (2011c). Gobierno de España. *El plan de parto y nacimiento*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (MSYSP). (2012). Gobierno de España. *Maternidad y Salud: Ciencia, conciencia y experiencia*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (MSYPS). (2013) Gobierno de España. *Pastilla contra el dolor de parto*. [En línea]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/PASTILLA_CDP.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSYPS). (2014). Gobierno de España. *Catálogo Nacional de Hospitales*. [En línea]. Disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccion.htm>

Mira, J. J., y Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3), 26-33.

Mogollón, A., y Vázquez, M. L. (2006). Técnicas cualitativas aplicadas en salud. En M. L. Vázquez (Coord.). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Mohedano, M. A. (2006). *Maternidad centrada en la familia. Encuentro de derechos y evidencia científica. ¿Es posible su implementación? Factores obstaculizadores y facilitadores*. Tesis. Universidad ISALUD, Tucumán, Argentina. [En línea]. Disponible en:

<http://www.isalud.org/htm/pdf/tesis-mohedano.pdf>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Mojzuk, M. (2006). *Las tecnologías de la maternidad: los artefactos y las vivencias*.

Mujeres en red. [En línea]. Disponible en:

<http://www.nodo50.org/mujeresred/spip.php?article444>

Molina, I. y Muñoz, E. (2010). El plan de parto a debate: ¿qué sabemos de él? *Matronas*

Profesión, 11(2), 53-57. Disponible en [http://www.federacion-](http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/14426/173/el-plan-de-parto-a-debate-que-sabemos-de-el)

[matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/14426/173/el-plan-de-parto-a-debate-que-sabemos-de-el](http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/14426/173/el-plan-de-parto-a-debate-que-sabemos-de-el)

Moliner, M. (2007). *Diccionario de uso del español*. (3ª ed.). Madrid: Gredos.

Monistrol, O. (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa (II). *Nure*

Investigación, 29. [En línea]. Disponible en:

http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/pdf_formatod_29225200792820.pdf

Moloney, S. (2009). *Female biology as sacred: Australian women's bio-spiritual*

experiences of menstruation and birth (Thesis). James Cook University. [En línea].

Disponible en: http://researchonline.jcu.edu.au/5377/1/01Extended_abstract.pdf

Montero, R. (2006). El desastre de parir. *El País*. [En línea]. Disponible en:

http://www.elpais.com/articulo/portada/desastre/parir/elpepatec/20060813elpepspor_13/Tes

Montes, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las*

mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis. Universitat Rovira I Virgili, Tarragona.

[En línea]. Disponible en: www.tesisenxarxa.net/TDX-0607107-112247/

Montes, M. J., Poveda, M. A., y Herrera, M. F. (2009). Tecnología médica en el embarazo:

Usos y representaciones. *Perifèria: revista de investigació i formació en antropologia*,

11, 5. Disponible en: http://revista-redes.rediris.es/Periferia/Articles/5-tec_embarazo.pdf

Moore, E.R., Anderson, G. C., y Bergman, N. (2008). Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 4. Oxford: Update Software Ltd. [En línea]. Disponible en:

<http://www.update-software.com>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Mora, J. (2007). La moda de parir en casa se populariza en Reino Unido. Crónica. *Diario de Leon.es*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.diariodeleon.es/noticias/noticia.asp?pkid=323707>

Mori, R., Dougherty, M., y Whittle, M. (2008). An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(5), 554-559. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01669.x

Morison, S., Hauck, Y., y Percival, P. (1998). Constructing a home birth environment through assuming control. *Midwifery*, 14(4), 233-241. doi: 10.1016/S0266-6138(98)90095-X

Morison, S., Percival, P., Hauck, Y., y McMurray, A. (1999). Birthing at home: the resolution of expectations. *Midwifery*, 15(1), 32-39. doi: 10.1016/S0266-6138(99)90035-9

Morse, J. (2000). Los métodos cualitativos: el estado del arte. *Revista Universidad de Guadalajara*, 17, 31-40. [En línea]. Disponible en:

<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/2metodos.html>

Morse, J. (2003). "Emerger de los datos": los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En J. Morse (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 29-52). Medellín: Universidad de Antioquia.

Mottram, L. (2008). First-time expectant fathers and their influence on decision making regarding choice for place of birth. *Midwifery Digest* 18(4):582-589.

Mrisho, M., Schellenberg, J. A., Mushi, A. K., Obrist, B., Mshinda, H., Tanner, M., y Schellenberg, D. (2007). Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 12(7), 862-872. doi:10.1111/j.1365-3156.2007.01855.x

Muecke, M. A. (2005). Sobre la evaluación de las etnografías. En J. Morse (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 243-268). Alicante: Universidad de Alicante.

Muñoz, H., Kaempffer, A. M., Castro, R., y Valenzuela, S. (2001). Prólogo. En H. Muñoz; A. M., Kaempffer; R. Castro, y S. Valenzuela. (Eds.). *Humanización del Proceso*

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Reproductivo Mujer-Niño-Familia (pp. 4-8). Santiago de Chile: Universidad de Chile. [En línea]. Disponible en:

<http://www.prematuros.cl/webenfermerianeonatal/julio07/Nacer%20S.%20XXI.pdf#page=10>

Muñoz-Justicia, J., y Sahagún-Padilla, M. A. (2011). Análisis cualitativo asistido por ordenador con ATLAS.ti. En C. Izquierdo y A. Perinat (Eds.). *Investigar en Psicología de la Educación. Nuevas Perspectivas Conceptuales y Metodológicas* (pp. 299-363). Barcelona: Amentia.

Murphy, P. A., y Fullerton, J. (1998). Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. *Obstetrics and Gynecology*, 92(3), 461-470. doi:10.1136/bmj.330.7505.1416

Murray-Davis, B., McDonald, H., Rietsma, A., Coubrough, M., y Hutton, E. (2014, Feb 7). Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario choice of birthplace survey. *Midwifery. Midwifery*. doi: 10.1016/j.midw.2014.01.008.

N

Nacer en Casa. (s.f.). *Recomendaciones a los hospitales al recibir un traslado de un parto en casa*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.migiorn.net/Nacer%20en%20Casa/Congreso%20Nacer%20en%20Casa/Documentos/Recomendaciones.pdf>

Narotzky, S. (1988). *Trabajar en familia: mujeres, hogares y talleres*, Valencia: Alfons el Magnànim

Narotzy, S. (1995). *Mujer, mujeres, género, Monografía, 14*. Madrid: CSIC.

Narotzky, S. (1998). La sexualidad procreadora de las mujeres: representaciones melanesias. *Éndoxa, 10*, 351- 362. [En línea]. Disponible en:

<http://narotzky.net/Narotzky%201998%20Sexualidad%20procreadora.pdf>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Nascimento, M., y Segundo, M. (2011). Hombres, masculinidades y políticas públicas: aportes para la equidad de género en Brasil. En F. Aguayo, y M. Sadler (eds.). *Masculinidades y Políticas Públicas. Involucrando Hombres en la Equidad de Género*. (pp. 50-63). [En línea] Santiago de Chile: Universidad de Chile / Cultura Salud / EME.

Disponible en:

http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201212041627090.2011LibroMasculinidadesyPolíticas.pdf

National Childbirth Trust [NCT]. (2008). *NCT Briefing: homebirth*. [En línea]. Disponible en: http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/MS3HomeBirthBriefing-1.pdf

National Childbirth Trust [NCT]. (2009). Location, location, location. Making choice of place of birth a reality. [En línea]. Disponible en: http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/PlaceofBirthFINALFORWEBv2.pdf

National Childbirth Trust [NCT]. (2011). *Policy Briefing: Choice of Place of Birth* [En línea]. Disponible en: www.nct.org.uk/sites/default/files/Choice%20of%20place%20of%20birth.pdf

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Intrapartum Care: Care of Healthy women and their babies during childbirth NICE Clinical Guideline 55*. NICE: London. [En línea]. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/intrapartum-care-cg55/guidance>

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE guideline. Draft for consultation. [En línea]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwaver109/resources/intrapartum-care-update-nice-guideline2>

Natzke, B. (2008). *Policy Options for reducing maternal mortality* [En línea]. Disponible en: <http://policysimpp.gmu.edu/academics/studentpapers/fall2008/PUBP757%20Final%20Paper%20Natzke.pdf>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Navarro, D.M. (2011). Calidad de los servicios de atención de parto y puerperio hospital César Amador Molina. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud Maestría en Salud Pública. Managua, Nicaragua. [En línea]. Disponible en: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t577/doc-contenido.pdf>

New York State Association of Licensed Midwives (NYSALM). (2011). Position Statement on Planned Home Birth in New York. [En línea]. Disponible en: http://www.nysalm.org/newyork/files/ccLibraryFiles/Filename/00000000015/NYSALM%20PHB%20Position%20Statement%20July%202011_FINAL.pdf

Nursing Midwifery Council [NMC]. (2006). *Midwives and homebirth. NMC Circular 8*. [En línea]. Disponible en: <http://www.homebirth.org.uk/nmc.pdf>

Newman, L., y Hood, J. (2009). Consumer involvement in the South Australian state policy for planned home birth. *Birth*, 36(1), 78-82. doi: 10.1111/j.1523-536x.2008.00300.x

Newman, L. A. (2008). Why planned attended homebirth should be more widely supported in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(5), 450-453. doi: 10.1111/j.1479-828X.2008.00916.x

Nieri, L. P. (2012). Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal *Revista Electrónica de Psicología Itzaca*, 15(3), 999-1022. [En línea]. Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/download/33642/30710

Nieri, L.P. (2012). Nueva mirada hacia la construcción de la paternidad. *Revista Psicología Científica.com*, 14(10). [En línea]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/paternidad-responsable>

Nilsson, M., y Hoy, S. (2011). We did it together: Fathers' experiences of planned home birth in the Nordic countries. Degree project (Dalarna University, School of Health and Social Studies, Caring Science/Nursing). Dalarna, Suecia. [En línea]. Disponible en: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:519157/FULLTEXT01.pdf>

Noguera-Sánchez, M.F., García-Kavanagh, R. Cruz-Rojas.R.E.(2010). La queja médica derivada de la atención en Ginecoobstetricia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78(5),

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

281-286. [En línea]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom105e.pdf>

Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. (1996). Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. *British Medical Journal*, 313(7068), 1306-1309. doi: 10.1136/bmj.313.7068.1306

Nueve Lunas. (2013). *Atención humanizada del parto y el nacimiento*. [En línea]. Disponible en: <http://www.nuevelunas.org.mx/PARTOHUMANIZADO.pdf>

O

Ob Stare. (2001). ¿Dónde parir, dónde nacer? [Editorial]. *Ob Stare*, 1, 19. [En línea]. Disponible en: <http://www.obstare.com/varios/revistas/Dónde%20parir.pdf>

Odent, M. (2002). *El nacimiento y los-origenes de la violencia*. [En línea]. Disponible en: <http://ecologiadelnacer.cl/el-nacimiento-y-los-origenes-de-la-violencia/>

Odent, M. (1990). *El bebé es un mamífero*. Madrid: Mandala Ediciones.

Odent, M. (2009). The Masculinisation of the Birth Environment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(3), 185-191. Disponible en: <http://livingintuitive.com/pdfs/23-3-Odent.pdf>

Ohme, K. (2007). Humanización del Parto: Recuperando la Visión Trascendente del Nacimiento. Trabajo presentado en el *IV Congreso Internacional de Medicinas Complementarias. Escuela Internacional de Medicina y Cultura Oriental. Santiago de Chile*. Santiago de Chile, Chile. [En línea]. Disponible en: http://www.feministastramando.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=860&Itemid=57

Oiberman, A. (1994). La relación padre-bebé: una revisión bibliográfica. *Revista Hospital Ramon Sarda*, 18(2), 66-72. [En línea]. Disponible en: http://www.sarda.org.ar/Profesionales/Publicaciones/Revista_Sarda/1994/LA_RELACION_PADRE-BEBE_UNA_REVISION_BIBLIOGRAFICA

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Olsen, O., y Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth.

Cochrane Database Systematic Review, 9:CD000352.

doi:10.1002/14651858.CD000352.pub2

Olsen, O., y Jewell, M.D. (2008). El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital

(Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Oxford: Update Software

Ltd. [En línea]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Olza, I. (2013). PTSD and Obstetric Violence. *Midwifery Today*, 105. PMID: 23581206

Organización de los Estados Americanos [OEA]. (1969). *Convención americana sobre*

derechos humanos suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos

humanos (B-32). San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969. [En línea]. Disponible

en:

http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

Organización de los Estados Americanos [OEA]. Comisión Interamericana de Derechos

Humanos. (2010). *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos*

humanos. [En línea]. Disponible en:

<http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1985). *Tecnología apropiada para el parto*.

Lancet, 2, 436-437. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/embarazo_y_salud/tecnologia_parto.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1985a). El Nacimiento no es una enfermedad.

Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza, Brasil.

Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*, 2, 436-437. [En línea]. Disponible en:

[www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1985b). *Having a baby in Europe. Public*

Health in Europe. [En línea]. Disponible en:

[http://whqlibdoc.who.int/euro/phie/WHO_PHIE_26_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/phie/WHO_PHIE_26_(part1).pdf)

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1987). *Iniciativa para un parto seguro. Programa por una maternidad sin riesgo*. Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1991). *Naissance a domicile programme dans les pays industrialises*. Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: OMS. [En línea]. Disponible en:

http://www.holistika.net/parto_natural/oms/cuidados_en_el_parto_normal_guia_practica_oms.asp

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1999). *Reducción de la mortalidad materna Declaración conjunta OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial*. [En línea]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/1999/9243561952_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth*, 28, 202-207. doi: 10.1046/j.1523-536x.2001.0020

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana* [En línea]. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_spain.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo. ¡Cada niño y cada madre contarán!* [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Informe World Health Statistics 2014*. Disponible en: http://www.who.int/gho/maternal_health/skilled_care/skilled_birth_attendance/en/

OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Adoptada en Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

de 1948. [En línea]. Disponible en:

http://www.cnra.msssi.gob.es/bioetica/pdf/declaracion_Univ_Derechos_Humanos.pdf

Organización de Naciones Unidas [ONU] Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH). (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. [En línea]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>

Organización de Naciones Unidas [ONU] Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH) (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. [En línea]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (1994). Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo. Nueva York: Naciones Unidas. [En línea]. Disponible en: www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing*. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. [En línea]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2009). Health Data 2009 – comparing health statistics across OECD countries. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/oecdhealthdata2009comparinghealthstatisticsacrossoecdcountries.htm>

Ortega y Gasset, J. (1940). *Creer y pensar. Ideas y creencias* [En línea]. Disponible en: <http://www.ensayistas.org/antologia/XXE/ortega/ortega5.htm>

Ortiz, T. (1999a). Género y ciencia. En M. Cruz y M. L. Ruiz (Eds.). *Mujer y ciencia* (pp 79-95). Jaén: Hypatia.

Ortiz, T. (1999b). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX [En línea]. *Arenal*, 6(1), 55-79. Disponible en: www.ugr.es/~esmujer/pdf/matronas.pdf

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Ortiz, T. (2001). El género como organizador de las profesiones sanitarias. En C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M. J. Barral, T. Fernández, y T. Yago (pp 39-79). *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva.
- Otis, K. E., y Brett, J. (2008). Barreras al parto hospitalario: ¿Por qué muchas bolivianas dan a luz en casa? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(1), 46-55.
doi.org/10.1590/S1020-49892008000700006
- Ortiz, A. (2008). *Parto natural, ¿una opción segura? Aspectos que facilitan el parto*. [En línea]. Disponible en:
<http://www.espacioblog.com/porunpartorespetado/post/2008/11/27/parto-natural-una-opcion-segura>
- Oviedo, E. N. (2010). *Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del primer parto eutócico en el Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho: EsSalud*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. Tesis. Lima Perú. [En línea]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2458/1/oviedo_se.pdf
- P**
- Pasha, O., Goldenberg, R.L., McClure, E.M., Saleem, S., Goudar, S.S., y Althabe, F., y otros (2010). Communities, birth attendants and health facilities: a continuum of emergency maternal and newborn care (the Global Network's EmONC trial). *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 82. doi:10.1186/1471-2393-10-82
- Pavlova, M., Hendrix, M., Nouwens, E., Nijhuis, J., y van Merode, G. (2009). The choice of obstetric care by low-risk pregnant women in the Netherlands: Implications for policy and management. *Health Policy*, 93(1), 27-34. doi:10.1016/j.healthpol.2009.05.008
- Pavesi P.F., Bonatti, P., y Avenburg, D. (2004). *La Decisión*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Penalva, C., y Mateo, M.A. (2006). *Tècniques cualitatives d'investigació*. Alacant: Universitat d' Alacant.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Perez, B. (2002). El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. *Aquichan*, 2(2), 24-26. [En línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74120205.pdf>

Pescador, E. (s.f.). Las nuevas masculinidades: Formas de ser hombre desde las emociones y la escucha. [En línea]. Disponible en:
<http://www.haurraldederechos.org/descargas/ponencias/Erick-Pescador/Las%20nuevas%20masculinidades%20INET%20FIN.pdf>

Pieltáin, A. (2003). *Los hospitales de Franco: la versión autóctona de una arquitectura moderna*. Tesis. Universidad Politécnica de Madrid Escuela Técnica Superior de Arquitectura. Madrid, España. [En línea]. Disponible en:
http://oa.upm.es/4331/1/ALBERTO_PIELTAIN_ALVAREZ_ARENAS_b.pdf

Pieschacón, C F. (2013). Partería urbana en Bogotá: Construcción y reconstrucción de representaciones y prácticas durante la gestación y el parto. Monografía de grado. Escuela de Ciencias Humanas. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. [En línea]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4679/1026272837-2013.pdf;jsessionid=0E2ED90D8C7451757AA6178022AD8B21?sequence=1>

Pinedo, D., Rebolledo Malpica, D., Siles, J. (2010). La dama de Elche: estudio sobre un ritual en salud y su relación con las creencias religiosas. *Salud, Arte y Cuidado*, 3(1-2), 33-49. [En línea]. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=getDataForDownload&id_revista=271&id_articulo=71747&yPDFFile=Ve-sa101-05.pdf

Pitchforth, E., Watson, V., Tucker, J., Ryan, M., Van Teijlingen, E., Farmer, J., y Bryers, H. (2008). Models of intrapartum care and women's trade-offs in remote and rural Scotland: a mixed-methods study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics y Gynaecology*, 115(5), 560-569. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01516.x

Pitchforth E, van Teijlingen E, Watson V, Tucker J, Kiger A, Ireland J, Farmer J, Rennie A-M, Gibb, S, Thomson E, Ryan M (2009). 'Choice' and place of delivery: a qualitative study of women in remote and rural Scotland. *Quality y Safety in Health Care*, 18(1), 42-48. doi:10.1136/qshc.2007.023572

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Plataforma pro derechos del nacimiento (2013). *Derechos del nacimiento*. [En línea].

Disponible en: <http://pdn.pangea.org/nacimientos/derechos-del-nacimiento/>

Profamilia. (2000). *Salud Sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. [En línea]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/salud/saludsex-portada.htm>

Prown, K. (s.f.). [Entrevista concedida a Paula Gil]. *Univision.com/EFE*. [En línea].

Disponible en: <http://www.univision.com/content/content.jhtml?cid=1878505>

Punset, E. (2013). *El Sueño de Alicia*. Barcelona: Destino

Puy, A. (1995). Aceptabilidad social de los riesgos. *Estudios de Psicología*, 53, 97-111. doi: 10.1174/021093995321237194

Q

Quintana, C., Etxeandia, I., Rico, R., Armendáriz, I., y Fernández, I. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. (2009). *Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. OSTEBA N° 2009/01*. [En línea]. Disponible en:

http://www.segsg.es/gal/muller/docs/guia_atencion_parto_mujeres.pdf

Quevedo, P. (2012). *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género*. Tesis. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo, Argentina. [En línea]. Disponible en:

http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf

R

Real Academia Española [RAE]. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. (22ª ed.). [En línea]. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Rebolledo, D. M., Siles, J., y Solano, M. C. (2011, Julio-Diciembre) Campo de investigación cualitativa en enfermería en culturas sanitarias públicas y privadas: un estudio desde la perspectiva de la teoría etnográfica cultural y el estructuralismo dialéctico. *Salud, Arte y Cuidado*, 4(1), 5-22.

Red Latino Americana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento [RELACAHUPAN]. (2000). *Declaración de Ceará en torno a la Humanización*. [En línea]. Disponible en: <http://www.tobinatal.com.ar/humanizacion/ceara.htm>

Regan, M.1., y McElroy K. (2013). Women's perceptions of childbirth risk and place of birth. *Journal Clinical Ethics*, 24(3), 239-252. PMID:24282851

Rivera, J., y Gallardo, C. (2005). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud –claves de un nuevo modelo socio-sanitario*. México: Plaza y Valdés.

Robertson, A. (2004). El Dolor en el Parto. *Ob Stare*, 12, 23-27. [En línea]. Disponible en: <http://www.obstare.com/FichaArticulo~x~El-Dolor-del-Parto~IDArticulo~61.html>

Rodríguez, A. B. (2009). El “peixet”. La experiencia de parir en casa. *Index de Enfermería* (edición digital), 18 (1), 57-60. doi: 10.4321/S1132-12962009000100012

Román, J., Espinaco. M. J., y Espinaco, F. J. (2007). Opinión de las mujeres sobre los cuidados del parto en hospitales públicos. *Hygia*, XIV(67), 5-11. [En línea]. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia67.pdf>

Romero, F, Fontanillo, A y Velasco, E. (2013). *Parto emocional. Vivir y acompañar el nacimiento*. España: Ob Stare.

Ronsmans, C., Scott, S., Qomariyah, S.N., Achadi, E., Braunholtz, D., Marshall, T., Pambudi, E., Witten, K. H, y Graham, W. J. (2009). Professional assistance during birth and maternal mortality in two Indonesian districts. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(6), 416-423. [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/08-051581/en/>

Rossi, I., y O'Higgins, E. (1981). *Teorías de la cultura y métodos antropológicos*. Barcelona: Anagrama.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Rowe, E., Townend, J., Brocklehurst, P., Knight, M., Macfarlane, A., McCourt, C., Newburn, M., Redshaw, M., Sandall, J., Silverton, L., y Hollowell, J. (2013) Duration and urgency of transfer in births planned at home and in freestanding midwifery units in England: secondary analysis of the birthplace national prospective cohort study. *BioMed Central Pregnancy Childbirth*, 5(13),224. doi: 10.1186/1471-2393-13-224.

Rueda, R. (1998). Investigación Cualitativa e Hipertexto: Un Encuentro de Narrativas Polifónicas. Ponencia *VI Foro Pedagógico: Investigación cualitativa como búsqueda colectiva de sentido*, Santafé de Bogotá, COMPENSAR, Mayo 29 y 30 de 1998. [En línea]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/educacion-cultura/educacion/educacion-revistas/investigacion-cualitativa-e-hipertexto-un-encuentro-de-narrativas-polifonicas/>

Ruiz-Callado, R., Romero-Salord, F., y Fontanillo-Garrote, A. (2012). Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario. *Enfermería Comunitaria*, 8(1). [En línea]. Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7773.php>

Ruiz-Olabuénaga, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. (3ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.

Ruiz-Vélez-Frías, C. (1955). *El Parto sin Dolor*. Enciclopédica: Madrid

Ruiz-Vélez-Frías, C. (2005). *El sol, el aire y el agua*. [En línea]. Disponible en: http://consueloruizvelezfrías.blogspot.com.es/2012_03_05_archive.html

Ruiz Vélez-Frías C. (2012). Carta abierta al ginecólogo del siglo XXI. En *Parir sin miedo. El legado de Consuelo Ruiz-Vélez-Frías* (3ª ed.) (pp.73-77). España: Ob Stare. [En línea]. Disponible en: <http://www.axel.org.ar/articulos/parto/cartaabierta.htm>

S

Sabino, C. (1998). *Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos*. Buenos Aires: Lumen humanitas.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Sadler, M. (2003). No toque, que contamina. Construcción del conocimiento autorizado en la atención hospitalaria de partos. En S. Montecino, R. Castro y A. de la Parra (Comps.). *Mujeres: espejos y fragmentos. Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI* (pp. 69-83). Santiago de Chile: CyC Aconcagua. [En línea]. Disponible en:

http://www.asociacionsylff.uchile.cl/secciones/PDF/construccion_conocimiento.pdf

Sadler, M. (2004). *Los hombres también se emocionan. Género y escenario del parto; participación de hombres populares en el nacimiento de sus hijos e hijas*. Tesis.

Universidad de Chile. Santiago de Chile, Chile. [En línea]. Disponible en:

<http://www.portalpsicologia.org/servlet/File?idDocumento=3378>

Sadler, M. y Núñez-Zamora, P. (2009). *Revisión del Parto Personalizado. Herramientas y Experiencias en Chile*. Ed. Programa Chile Crece Contigo. [En línea]. Disponible en:

<http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/58363/revison-del-parto-personalizado-herramientas-y-experiencias-en-chile>

Sadler, M., y Obach, A. (2006). *Pautas de crianza mapuche*. Chile: Fosis- Mideplan. [En línea]. Disponible en: www.redinnovemos.org/content/view/full/652/108/lang.sp/

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub3

Sanz, J. (2009). Al lado de Consuelo. En Ob Stare (Ed.). *Parir sin Miedo. El legado de Consuelo Ruiz*. (3ª ed.). (pp. 25-29). España: Ob Stare.

Sanz, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio, LVII(1)*, 99-116.

[En línea]. Disponible en:

<http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewFile/32/31>

Salamanca, A.B., y Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*, 27. [En línea]. Disponible en:

http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Sandin-Bojö, A.K., Wilde, B., Axelsson, O., y Lord, M.L. (2006). Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. *Midwifery*, 22, 207–217. doi: 10.1016/j.midw.2005.05.006

Sanmartín, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir*. Barcelona: Ariel.

Santos, E. (2012). Consuelo, revolucionaria. En Ob Stare (Ed.) *Parir sin Miedo. El legado de Consuelo Ruiz* (3ª Ed.). España: Ob Stare.

Saz, P., Tejero, M. C., y Ortiz M. (2008). Asistencia al parto en casa. *Medicina naturista*, 2(1), 15-34.

Schallman, R. (s.f.). *Parir en libertad*. [En línea]. Disponible en:

<http://www.permacultura2.es.tl/LIBERTAD-DE-ELECCION-EN-EL-PARTO-d--Raquel-Schallman.htm>

Schanzer, R. *El marco teórico de una investigación*. (Colección Digital). [En línea].

Disponible en:

http://www.fhumyar.unr.edu.ar/escuelas/3/materiales%20de%20catedras/trabajo%20de%20campo/marco_teorico.htm

Schwarz, P. (2005). Influencia de las representaciones sociales de la maternidad en la construcción de identidad femenina en mujeres jóvenes de clase media urbana. *5ª jornadas internacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Julio 2003. Buenos Aires: Disponible en;

http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores/3JornadasJovenes/Templates/Eje%20identidad-alteridad/Schwarz-identidad.pdf

Schmid, V. (2012). El dolor del parto. (2ª ed.). España: Ob Stare. [En línea]. Disponible en:

<http://www.obstare.com/FichaArticulo~x~El-Dolor-del-Parto~IDArticulo~61.html>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2011). Gaceta Electrónica, VI.,59. [En línea]. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/09/19/el-parto-es-nuestro-denuncia-las-vinetas-de-la-gaceta-electronica-de-la-sego-ofrecen-una-imagen-degradante-de-las-mujeres-espanolas>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2011). Gaceta Electrónica, *VI*(64).

Seoane, J. A. (2010). Autonomías del paciente. *Dilemata*, 3, 61-75 [En línea]. Disponible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/35/29>

Seoane, J. A. (2011). Bioética y humanización del parto. Estudios multidisciplinares para la humanización del parto. *Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto* (2010. A Coruña). A Coruña: Universidade, (pp. 87-101). [En línea]. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/9096/1/CC119-art6.pdf>

Sepehri, A., Sarma, S., Simpson, W., y Moshiri, S. (2008). How important are individual, household and commune characteristics in explaining utilization of maternal health services in Vietnam? *Social Science y Medicine*, 67(6), 1009–1017.
doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.005

Severns, P.A. (2000). Doubting father. *Midwifery Today International Midwife*, 54, 38-40.
PMID: 11189593

Shaw R, y Kitzinger, C. (2005). Calls to a home birth helpline: Empowerment in childbirth. *Social Science y Medicine*, 61(11), 2374–2383. doi:10.1016/j.socscimed.2005.04.029

Shaw R, Kitzinger C. (2007). Problem presentation and advice-giving on a home birth helpline: A feminist conversation analytic study. *Feminism y Psychology*, 17(2), 203-213.
doi:10.1177/0959353507076553

Shaw, R. (2007). 'It's your body, your baby, your birth': Planning and achieving a home birth. *Feminism y Psychology*, 17(4), 565-570. doi:10.1177/0959353507083092

Siles, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Una perspectiva histórica y epistemológica*. Alicante: CECOVA.

Siles, J. (1997). Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*, 7(4), 38-44.

Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Siles, J. (2000a). *Antropología narrativa de los cuidados. Por una rentabilización pedagógica de los materiales narrativos. Una aportación desde la antropología narrativa y la fenomenología*. Alicante: Consejo Valenciano de Enfermería.
- Siles, J. (2000b). Editorial. Antropología, historia y enfermería. *Cultura de los Cuidados, IV* (7-8), 5-7.
- Siles J. (2004). La construcción social de la historia de la enfermería. *Index de Enfermería, 13*(47), 7-11.
- Siles, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index de Enfermería* (edición digital), 50,7-9. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5196.php>
- Siles, J. (2006). La historia basada en fuentes orales. *Archivo de la Memoria; 3*(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/3/a0600.php>>
- Siles, J., y García, E. (1995). Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en enfermería. *Enfermería Científica, 160/161*, 10-15.
- Siles, J., Solano, M.C. (2003). Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. *Revista de enfermería y humanidades, 14*, 83-91.
- Siles, J; Solano, M. C. (2007). El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la Enfermería. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades, 21*, 19-27.
- Siles, J., Solano, C., Ferrer, E., Rizo, M., Fernández, MA, Núñez, M., Martínez, J.R., Noreña, A. L., Casabona, I., M., y Castell, M. (2009). La tutorización de prácticas clínicas de enfermería desde la perspectiva de los profesores titulares implicados: un estudio realizado desde la teoría crítica y el modelo estructural dialéctico. En: J. Siles y M. C. Solano. *Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas*. (pp. 163-182) Marfil: Alicante.
- Siles, J., Solano, M. C., y Cibanal, L. (2005). Holismo e investigación cualitativa en el marco de la antropología de la complejidad. Una reflexión sobre la pertinencia

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

metodológica en ciencias socio-sanitarias y humanas. *Cultura de los cuidados*, IX(18), 68-83. [En línea]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/997>

Silva, A. (2001). Recogiendo una Historia de Vida. Guía para una Entrevista. En *El Campo Cultural del Sentido Común: Experiencias Metodológicas en la Investigación de las Representaciones Sociales*. (pp161-168). Fermentum:Mérida.

Simonds, W. (2002). Watching the clock: Keeping time during pregnancy birth, and postpartum experiences. *Social Science y Medicine*, 55(4), 559–570. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00196-4

Sjöblom, I., Nordström, B., y Edberg, A. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4): 348-55. doi:10.1016/j.midw.2005.11.004

Sjöblom, I., Idvalla, E. C., Rådestad, I., y Lindgren, H. (2012). A provoking choice—Swedish women's experiences of reactions to their plans to give birth at home. *Women and Birth*, 25 (3), e11–e18. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.07.147>

Smulders, B., y Croon, M. (2002). *Parto seguro: una guía completa*. Barcelona: Ediciones Médici.

Steen M, Downe s, Bamford N, Edozien L. (2012). Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers 'encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), 362-371. doi: 10.1016/j.midw.2011.06.009

Strauss, A., Corbin, J. (2005). *Bases de la investigación cualitativa*. Alicante: Universidad de Alicante.

Symon, A., Winter, C., Inkster, M., y Donnan, P. T. (2009). Outcomes for births booked under an independent midwife and births in NHS maternity units: matched comparison study. *British Medical Journal*, 338, b2060. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2060>

Szasz, I. (1998). Alternativas Teóricas y Metodológicas para el Estudio de la Condición de la Mujer y la Salud Materno-infantil. En J.G. Figueroa (ed). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. Mexico DF: El Colegio de México.

T

Tarqui -Mamani, C., y Barreda-Gallegos, A. (2006). Elección y preferencia del parto domiciliario en Callao, Perú. *Revista de Salud Publica* (Bogota), 8(3), 214-222.
doi:10.1590/S0124-00642006000300007

Tarqui, C., y Barreda, A. (2005). Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 22(2), 109-116.

Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Taylor, S. J., y Bogdan, R. (2002). *Técnicas de investigación en antropología: experiencias de campo*. Elche: Universidad Miguel Hernández.

Taylor, K. (2010). My lovely c-section. *Journal of Perinatal Education*, 19(2), 4-6. doi: 10.1624/105812410X495497

Tejada, R., Miguel, R., Tolentino, M., y Villon, J. F. (1999). Mortalidad materna y perinatal en el distrito de Yauli, Huancavelica. *Ginecología y Obstetricia (Lima)*, 45(2), 131-136.
Doi: 10.4067/S0717-75262005000500006

Téllez, A. (2008). Una Etnografía sobre la maternidad en la provincia de Alicante. En A. Téllez y J. Martínez (Eds). *Sexualidad, género, cambio de roles y nuevos modelos de familia*, (pp.107-138). Elche: Universidad Miguel Hernández

Téllez I. A. y Heras, P. (2008). Representaciones de género y maternidad: una aproximación desde la antropología sociocultural. En A. Telliz y J. Martínez (Eds). *Sexualidad, género, cambio de roles y nuevos modelos de familia*, (pp.65-106). Elche: Universidad Miguel Hernández

Terré, C. (1997). La matrona en España. Historia de una profesión. En J. Towler (Coord.). *Comadronas en la historia y en la sociedad*, (pp. 373-383). Barcelona: Masson.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Tew, M (2011). *Safety in childbirth*, Asociación . Association of International Marathons and Distance Races [AIMS]. Gran Bretaña

Thatte, N., Mullany, L. C., Khatri, S.K., Katz, J., Tielsch, J.M., y Darmstadt, G.L. (2009). Traditional birth attendants in rural Nepal: knowledge, attitudes and practices about maternal and newborn health. *Global Public Health*, 4(6), 600-617. doi: 10.1080/17441690802472406

The Lancet. (2010). Home birth-proceed with caution. *The Lancet*, 376 (9738), 303. doi:10.1016/S0140-6736(10)61165-8

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [RANZCOG]. (2009). *Home births*. [En línea]. Disponible en: <http://www.ranzcog.edu.au/the-ranzcog/policies-and-guidelines/college-statements/425-home-births-c-obs-2.html>

The Royal Collegue of Midwifves [RCM]. (2011). *Reaching out: Involving Fathers in Maternity Care London*. [En línea]. Disponible en: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Father's%20Guides%20A4_3_0.pdf

The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y The Royal College of Midwives. (2007). *Home births. Joint statement, 2*. [En línea]. Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/uploadedfiles/JointStatmentHomeBirths2007.pdf>

Thind, A., Mohani, A., Banerjee, K., Hagigi, F. (2008). Where to deliver? Analysis of choice of delivery location from a national survey in India. *BMC Public Health*, 8, 29. doi:10.1186/1471-2458-8-29

Thomson, A. (2000). *¿Existe evidencia científica para la medicalización de los cuidados maternos?* [En línea]. Disponible en: <http://www.axel.org.ar/articulos/parto/medicalizacion.htm>

Titaley, CR., Hunter, C.L., Dibley, M.J., y Heywood, P. (2010). Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?: a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 43. doi:10.1186/1471-2393-10-43

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Torres, J. M., Raymond, M.A. y De Vries, G. (2009). Birthing Ethics: What Mothers, Families, Childbirth Educators, Nurses, and Physicians Should Know About the Ethics of Childbirth. *Journal of Perinatal Education*, 18(1), 12-24. doi: 10.1624/105812409X396192

Tylor, E. B. (1976). Cultura primitiva. En E.B. Tylor. *Los Orígenes de la cultura*. Madrid: Ayuso.

Tyndall, M.L. (sf). *Mortalidad materna: La Maternidad Segura se encuentra en el Protagonismo de las Mujeres mismas*. [En línea]. Disponible en: <http://www.midwiferytoday.com/articles/mortasp.asp>

U

UNICEF. (2009). I.H.A.N. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Aplicación a nivel del hospital. [En línea]. Disponible en: http://www.ihan.es/docs/CRITERIOS_GLOBALES_IHAN.pdf

Universidad Estatal de Campinas , Universidad Complutense de Madrid, Hospital Clínico “San Carlos”, y Asociación Española de Matronas. (2005). I Seminario Internacional Nuevas perspectivas en la atención al parto de bajo riesgo. Hospital Clínico de Madrid, 08-09 de abril. “La carta de Madrid por la mejora de la atención al parto de bajo riesgo”. [En línea]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/LA_CARTA_DE_MADRID_ESPANOL.pdf

Urmeneta, A. (2000). Comadronas y Cirujanos navarros en el siglo XVIII. Pleito de una partera ante el intrusismo de un cirujano. *Híades*, 7, 317-326.

V

Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-Iñiguez, M., y Arenas-Monreal L. M. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, 18, 1

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Vallés, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis Editorial.

Vallés, M. S. (2003). *Técnicas Cualitativas de Investigación social. Reflexión, metodología y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología.

Van Haaren-ten Haken, T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., de Vries, R., y Nijhuis, J. Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. (2012). *Midwifery*, 28(5), 609-618. doi: 10.1016/j.midw.2012.07.010)

Van der Kooy, J., Poeran, J., de Graaf, H., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E., y Bonsel, G. (2011). Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstetrics y Gynecology*, 118, 1037-1346. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182319737.

Vedam, S. (2003). Homebirth versus hospital birth: Questioning the quality of the evidence on safety. *Birth*, 30, 57–63. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00218.x

Vedam, S., Goff, M., y Marnin, V. N. (2007). Closing the Theory–Practice Gap: Intrapartum Midwifery Management of Planned Homebirths. *Journal Midwifery Womens Health*, 52, 291–300. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.02.013

Vedam, S., Stoll K, White, S., Aaker J., y Schummers, L. (2009). Nurse-midwives' experiences with planned home birth: impact on attitudes and practice. *Birth*, 36(4), 274-282. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00354.x

Vedam S, Aaker J, Stoll K. (2010). Assessing certified nurse-midwives' attitudes towards planned home birth. *Journal of Midwifery Womens Health*, 55(2), 133-142. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.05.003

Velasco, H., y Díaz de Rada, A. (2003). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo para etnógrafos de la escuela*. Madrid: Trotta.

Vicioso, A. (2013). La cascada de intervenciones. [En línea]. Disponible en: <http://clanmamiferassalvajes.wordpress.com/2013/10/03/la-cascada-de-intervenciones/>

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Vidal, A. (2008). *Comadrona independiente*. [En línea]. Disponible en:

<http://comadronaindep.blogspot.com/2008/12/cerrando-frentes.html>

Viisainen, K., Gissler, M., Raikkonen, O., Perala, M. L., y Hemminki, E. (1998) Interest in alternative birth settings in Finland. *ActaObstetGynecolScand*, 77(7), 729-735.

doi/10.1034/j.1600-0412.1998.770706.x/pdf

Viisainen, K. (2000). The moral dangers of home birth: Parents' perceptions of risks in home birth in Finland. *Sociology of Health y Illness*, 22(6), 792-814. doi: 10.1111/1467-9566.00231

Viisainen, K. (2001). Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Social Science and Medicine*, 52, 1109-1121. doi:10.1016/S0277-9536(00)00206-9

Vitoriano, B. (2007). *Teoría de la decisión: decisión con incertidumbre, decisión multicriterio y teoría de juegos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. [En línea].

Disponible en: http://www.mat.ucm.es/~bvitoria/Archivos/a_dt_UCM.pdf

W

Wagner, M. (2000). El nacimiento en el nuevo milenio. En Ob Stare (Comp.). *I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa* (pp. 11-28). Jerez de la Frontera: Ob Stare.

Consultado el 15-1-10. [En línea]. Disponible en:

<http://www.instintomaternal.com/es/contenido/?iddoc=417>

Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: la necesidad de humanizar el parto. *Medicina naturista*, 10, 598-610.

Wahed, T., Moran, A. C. y Iqbal, M. (2010). The perspectives of clients and unqualified allopathic practitioners on the management of delivery care in urban slums, Dhaka,

Bangladesh - a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 50. doi:

10.1186/1471-2393-10-50

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Walsh, D. y Downe, S. (2008). Uncertainty around home birth transfers. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(9):1184-1185. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01807.x.
- Watson, J, Smith, M. C. (2002). Caring Science and d the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 452-461. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02112.x
- Wax, J. R., Lucas, F.L., Lamont, M., Pinette, M. G., Cartin, A., y Blackstone, J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics y Gynecologics*, 203(3), 243.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.028.
- Wax, J. R., Pinette, M. G., y Cartin, A. (2010). Home versus hospital birth-process and outcome. *Obstetrial and Gynecological Survey*, 65(2), 132-140. doi: 10.1097/OGX.0b013e3181d0fe5d.
- Wax, J. R., Pinette, M. G. (2014). Outcomes of care for 16,925 planned home births in the United States: the midwives alliance of North America statistics project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery Women's Health*,59(3):366. doi: 10.1111/jmwh.12209.
- Weinstein, N. D. (2000). Perceived probability perceived severity and health-protective behavior. *Health Psychology*, 19(1), 65-74. doi: 10.1037/0278-6133.19.1.65.
- Welch, M. (2001). Papatoto: Homebirth from a father's perspective. *Midwifery Today Int Midwife*, 58, 29-30. PMID: 12154713
- Wiegers, T. A., van der Zee, J., y Keirse, M. J. (1998). Maternity care in The Netherlands: the changing home birth rate. *Birth*, 25(3), 190-197. doi:10.1046/j.1523-536X.1998.00190.x.
- Wiegers, T. A. (2009).The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9, 18. doi:10.1186/1471-2393-9-18.
- Wolcott, H. F. (1993). Sobre la intención etnográfica. En H. Velasco y A. Díaz de Rada (Edit.). *Lecturas de antropología para educadores*. (pp. 127-144). Madrid: Trotta.

Y

Yepes, R. (1997). La persona y su intimidad. *Cuadernos del Anuario filosófico*, 48, [En línea]. Disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/6360/1/48.pdf>.

Yanagisawa, S., Oum, S., y Wakai, S. (2006). Determinants of skilled birth attendance in rural Cambodia. *Tropical Medicine y International Health*, 11(2), 238-251. doi: 10.1111/j.1365-3156.2005.01547.x

Z

Zamberlin, N., y Portnoy, F. (2007). *Tu cuerpo, tu salud, tus derechos... Guía sobre salud sexual y reproductiva* Buenos Aires: Fondo de Población de Naciones Unidas. [En línea]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/unfpa-baja.pdf>

Zelek, B., Orrantia, E., Poole, H., y Strike, J. (2007). Home or away? Factors affecting where women choose to give birth. *Canadian Family Physician*, 53(1), 78-83. PMC1952560

Anexos

Anexo 1

Marco legislativo que apoya los derechos
en el parto

Marco legislativo que apoya los de los Derechos en el Parto

Son numerosas las declaraciones, pactos, convenios, convenciones o leyes en los que se apoyan los derechos en el parto. A continuación se hace referencia a algunas de ellas.

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966): entre otros aspectos se señala que todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado, a ser inscrito inmediatamente después de su nacimiento, a tener un nombre y a adquirir una nacionalidad.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Organización de los Estados Americanos, 1969): se considera que toda persona es ser humano. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; a la libertad y a la seguridad personales; al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad. Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren.
- Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989): reconoce que los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho al pleno desarrollo físico, mental y social y a expresar libremente sus opiniones.
- En el Convenio de Oviedo o Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Consejo de Europa, 1997) se establece la primacía del ser humano frente al interés social o científico.

En España son diversas las normativas que legislan sobre los derechos de las personas en aspectos relacionados con su salud, destacando la Constitución Española, la ley General de Sanidad y la ley de Autonomía del Paciente:

- La Constitución Española (1978) reconoce en el artículo 10 el derecho a la dignidad de la persona y en el 15 se indica: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”*. Así, protege contra cualquier acción que lesione su cuerpo de una persona, contra cualquier acción relativa a su cuerpo realizada sin su consentimiento y contra cualquier acción que perturbe o lesione su integridad moral o psicológica.
- La ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad, establece los derechos y deberes de los usuarios de la sanidad en los artículos 9, 10 y 11. En el artículo 9, se asevera que los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes. En el artículo 10 se señalan los derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias. Entre otros: el respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad; el derecho la información, la confidencialidad, la libre elección de tratamiento y médico y a negarse al tratamiento. Y por último, en el 11 se

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

determina que serán obligaciones de los ciudadanos: cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias; responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas y firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento.

Anexo 2

Documentos para la mejora de la
atención al proceso sexual y reproductivo

Documentos para la mejora de la atención al proceso sexual y reproductivo

Son numerosos los documentos que las autoridades sanitarias españolas han publicado desde el 2008 con el objetivo de mejorar la atención que se presta el proceso reproductivo.

En enero del 2008 se publica la *Estrategia para la Atención al Parto Normal* (MSYC) con el objetivo de asegurar una atención de calidad al mismo, conseguir un parto menos medicalizado y más respetuoso con la fisiología y en el que las mujeres y sus parejas participen de forma activa e informada. Como punto de partida para la Estrategia, previamente se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica disponible y se procedió a contrastarla con las prácticas clínicas que se realizaban en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, lo que dio como resultado el documento *La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática*.

En el año 2009, se elabora el documento *Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones* (MSYPS, 2009b) con el objetivo de poner a disposición de las Administraciones públicas sanitarias, gestores públicos y privados y profesionales, criterios para la organización y gestión de esta unidad, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica. Los aspectos que se abordan en este documento son entre otros los derechos y garantías de las usuarias, la seguridad de la paciente y los criterios organizativos y de gestión de la maternidad hospitalaria.

En el año 2010, el Ministerio de Salud y Políticas Sociales aporta dos nuevos documentos que sirven de instrumentos técnicos para el desarrollo de la *Estrategia*: la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* y *Los cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*.

- De la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* (MSYPS, 2010), se realiza una versión reducida y una versión para la mujer embarazada: *Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares* (Quintana, Etxeandía, Rico, Armendáriz, y Fernández, 2009). Con esta Guía, se quiere dar respuesta a las preguntas más relevantes que se pueden realizar en torno a la atención al parto para que esta sea una vivencia satisfactoria para las mujeres, las/os recién nacidas/os y la familia. En la misma se presenta la evidencia científica y las recomendaciones graduadas según la calidad de los estudios que las apoyan.

- El texto *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas* (MSYPS, 2010) tiene como objetivo ayudar a los/as profesionales a identificar lo que se consideran «buenas prácticas». También se muestra la evidencia para recomendar ciertas actuaciones en relación con el cuidado y la atención al/la recién nacido/a, desde el mismo momento del nacimiento hasta la primera semana de vida.

En el año 2011 se publican tres documentos: *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*; *IHAN Calidad en la Asistencia Profesional al Nacimiento y la Lactancia* y *El plan de parto y nacimiento*.

- *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (MSYSP, 2011a), que tiene como objetivo general ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta que los derechos reproductivos abarcan no solamente el derecho a decidir sobre la reproducción, sino también el compromiso a garantizar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada.
- *IHAN. Calidad en la Asistencia Profesional al Nacimiento y la Lactancia* (MSYSP, 2011b), en el que se expone la evolución de la Iniciativa IHAN, que forma parte de la estrategia internacional BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative) u Hospital Amigo de los Niños, que pusieron en marcha la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 1990 con el objetivo de estimular a los/as profesionales a modificar rutinas perjudiciales para la lactancia materna. Esta iniciativa se amplió en el año 2009 a la asistencia al parto y a las mujeres que no amamantan, como Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (UNICEF, 2009) y se ha convertido en uno de los mejores marcadores de calidad asistencial obstétrico-neonatal.
- *El plan de parto y nacimiento* (MSYSP, 2011c). El plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. En él se informa, de forma reducida, sobre las prácticas adecuadas recogidas en los documentos publicados por el Ministerio ya citados anteriormente.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

En el año 2012, se edita *Maternidad y Salud: Ciencia, conciencia y experiencia* (MSSSI), que muestra la evolución y complejidad sociológica de la maternidad como proceso social y la sensibilidad y concienciación sobre la situación vital más importante en la vida y que representa el acto sanitario de mayor prevalencia en los hospitales de la sanidad pública.

En el año 2011, se publica el díptico *Pastilla contra el dolor de parto* (MSSSI), en el que, a modo de prospecto médico, se dan recomendaciones para aliviar el dolor en el parto y en el que se asegura que la compañía de la pareja es muy importante y que en caso de duda se consulte con la matrona y/u otros/as profesionales de la salud.

En el año 2014 se han publicado la *Guía de práctica clínica de atención al embarazo y el puerperio* (MSSSI, 2014), también en su versión resumida (MSSSI, 2014), con la misión de ofrecer a los diversos profesionales implicados las pautas para una atención de calidad durante el embarazo y el posparto, además de ocuparse de diferentes aspectos relacionados con el recién nacido.

Anexo 3

Profesionales que realizaron partos en casa en los años 70-80

Profesionales que realizaron partos en casa en los años 70-80

- En Barcelona: Adela Vidal (matrona) con Isabel Villena (profesora), Guillem Hernández (obstetra) e Isabel Coca (matrona)
- En Girona: Guillem Hernández (obstetra) y Anna Sanes (matrona);
- En Arenys-Barcelona: Aitor Logroño (médico generalista)
- En el País Vasco: Enero Landaburu (médico), Carmen (comadrona) y Cristina Aznar (ginecóloga).
- En Valencia: Pere Enguix (ginecólogo), desde al año 1976 con el Colectivo Acuario.
- En Ibiza: Bob (ginecólogo) y una comadrona norteamericana
- En Madrid: Eulalia Mayolas, Sofia Hernández y Marta Verdú
- En Lugo: Ana Carabantes (Matrona).
- En Tarragona: Chus Montes (Matrona).
- En Zaragoza: Carmen Pascual (Matrona).
- En Guadalajara: Mercedes Serrano (Matrona).

Fuentes: Montes, 2007; Ob Stare, 2012; Sanz, 2012; Santos, 2012; Vidal, 2008

Anexo 4

Productos etnográficos obtenidos en esta investigación

Productos etnográficos obtenidos en esta investigación

A lo largo de esta investigación, además de este documento se han obtenido otros “productos” ya que, como afirma Boyle (2005), los ensayos, los trabajos metodológicos, las películas y fotografías etc. son todos productos etnográficos.

- Se ha presentado la ponencia “El parto en el domicilio. Revisión de la Literatura 2005-2011”. Autores: Teresa M^a Martínez-Mollá, Carmen Solano Ruiz, José Siles González. Congreso Nacional del Matronas. Madrid 26,27, 28 Mayo 201.
- Se ha presentado el póster “El padre en el parto en casa. Revisión sistemática”. Autores: Teresa M^a Martínez-Mollá, Marta Sánchez-Peralvo, Gemma Méndez-Pérez, Carmen Solano Ruiz, José Siles González. Jornadas-Celebración del 25º Aniversario de la Asociación Nacer en Casa. Madrid. 25 y 26 de Mayo 2013.
- Se ha publicado: Martínez-Mollá, T.M., Solano, C., y Siles, J. (2013). Yo acompaño. Experiencia del padre en la decisión del parto en casa. *Index de Enfermería* (edición digital), 22(1-2). doi:10.4321/S1132-12962013000100019.
- Se ha presentado a la revista *Midwifery* el artículo “The father in the home childbirth. A systematic review”. Actualmente se están llevando a cabo las indicaciones dadas por los revisores para su aceptación.
- Se ha presentado a la *Revista Española de Salud Pública* el artículo “El padre en la decisión del parto en casa. Estudio cualitativo etnográfico desde la perspectiva de ambos miembros de la pareja”, que ha sido rechazado indicando que no es la revista adecuada para su publicación.
- Se ha presentado a la revista *Midwifery Today* el artículo “I Want to Have a Home Childbirth. Story of a Decision”, que no fue aceptado para su publicación.
- Se ha presentado a la revista *Aquichán* el artículo “El parto domiciliario. Revisión de la literatura” que no fue aceptado para su publicación.
- Se ha presentado a la revista *Investigación y Educación en enfermería*, el artículo “Estudio etnográfico sobre el padre en la decisión del parto en casa”. Actualmente se están llevando a cabo las indicaciones dadas por los revisores para su aceptación.
- Se ha realizado una exposición en el Comité de Bioética Asistencial del Hospital de S. Joan sobre “Derechos en el Nacimiento”. 20-2-14

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

- Se ha realizado la Conferencia Inaugural de las XVII Promoción de Matronas de la Comunidad Valenciana. 23-5-14
- Se han realizado diversas solicitudes de ayudas para la investigación: Beca FIS, Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad de Alicante, Instituto de la Mujer, Instituto Gil-Albert y Fundación Bienvenida Navarro.

Anexo 5

Carta de presentación a ginecólogos/as
y matronas colaboradoras

Carta a ginecólogos/as y matronas colaboradoras

Me dirijo a Vd. para solicitar su colaboración consistente en ponerme en contacto con mujeres que hayan dado a luz en su casa. El motivo es llevar a cabo la investigación para la elaboración de la Tesis con el estudio: “Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio”. Los tutores de la tesis son D. José Siles y Dña. Carmen Solano de la Universidad de Alicante.

El objetivo de esta investigación es obtener información sobre las creencias y valores que dan apoyo a la decisión del parto en el domicilio y sobre las prácticas que llevan a cabo estas parejas para conseguir que se cumpla su decisión. La metodología que se seguirá es la de un estudio cualitativo, siendo la etnografía el método de investigación de la decisión del parto en el domicilio. La muestra se obtendrá en las provincias de Alicante y Valencia.

Le adjunto un resumen del proyecto de investigación.

Agradezco su colaboración y quedo a su disposición para aclarar cualquier duda o problema.

Teresa M^a Martínez Mollá. Matrona CS Hospital Provincial-Pla Alicante. Tfno. 649 149 987.

Anexo 6

Carta de presentación a participantes

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN

Título del estudio: “Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio”. **Código del estudio:** 001TMM

Estimado/a Sr/a: La siguiente información describe el estudio observacional cualitativo descriptivo que va a llevarse a cabo así como cuál sería su papel como participante si desea tomar parte de él. Por favor, lea detenidamente la información que a continuación le detallamos.

Objetivo del estudio: obtener información sobre cuáles son las creencias y valores que dan apoyo a la decisión de tener el parto en el domicilio y sobre cuáles son las prácticas que se llevan a cabo para conseguir que se cumpla esta decisión.

Participación: Vd. puede participar en este estudio si ha tenido un parto en el domicilio o ha sido la pareja de una mujer durante su parto y da su consentimiento para participar en el estudio. Su participación es totalmente voluntaria, y puede retirarse del mismo en cualquier momento, manifestándolo por escrito a la investigadora, sin que por ello se produzca ningún tipo de perjuicio para Vd.

Su participación consistirá en:

- Concederme una entrevista cuya duración estimada es de 30 a 60 minutos o concederme al menos dos entrevistas de entre 90 y 120 minutos de duración. Las entrevistas se realizarán en el momento y en el lugar que a Vd. le resulte más cómodo.
- Proporcionarle un documento (carta, diario, blog) escrito por Vd. en el que haga referencia a su decisión de tener el parto en casa. Este documento puede haberlo escrito con anterioridad o puede escribirlo ahora describiendo cuál es el principal recuerdo que tiene de la decisión de tener el parto en el domicilio. No se preocupe por la ortografía la redacción o el estilo, lo que interesa es conocer sus reflexiones, dudas, miedos... acerca de la decisión de su parto en el domicilio. Le garantizo que serán leídas con respeto.

Beneficios y riesgos: su participación en el estudio no le aportará ningún beneficio económico ni asistencial, pero su participación proporcionará información que puede ayudar a los/as profesionales a entender el parto como un proceso no patológico que algunas parejas deciden vivir en el domicilio, puede visibilizar la práctica profesional del parto en el domicilio y mostrar el modo en el que actúan las instituciones sanitarias y los profesionales frente a este deseo. Así mismo, el estudio no le supondrá ningún riesgo añadido.

Confidencialidad y acceso de datos: Le garantizo que los datos personales serán tratados y custodiados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, con total confidencialidad, anonimato y respeto a su intimidad. Sobre esos datos tiene derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar simplemente mediante solicitud ante la investigadora en la dirección de contacto que figura en este documento. Los datos recogidos serán identificados mediante un código y únicamente la investigadora podrá relacionar dichos datos con usted; por lo tanto su identidad en ningún caso será revelada a persona alguna salvo las excepciones de existir un caso de urgencia médica o requerimiento legal. Al firmar este consentimiento, Vd. concede permiso para utilizar sus datos exclusivamente en nuestro estudio, y los datos resultantes pueden ser publicados o expuestos en congresos y reuniones científicas.

Persona de contacto: La Investigadora es Dña. Teresa M^a Martínez Mollá. Teléfono: xxx xxx xxx

teremarti2@hotmail.com. Director/a: D. José Siles y Dña. Carmen Solano (Universidad de Alicante). Puede consultarle lo que crea necesario y cualquier duda que le surja.

REVISIÓN ÉTICA: Este estudio ha sido aceptado por el Comité de Bioética Asistencial y por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico S. Juan de Alicante.

Anexo 7

Documento de consentimiento informado

Documento de consentimiento informado

Le ruego lea detenidamente la información que a continuación le detallamos. Consulte con quién crea necesario y pregunte cualquier duda. Su participación en el estudio solo es posible si entiende el objetivo, justificación, procedimientos, riesgos y derechos contemplados en esta hoja de información.

Me he puesto en contacto con Vd. porque reúne los criterios que necesitamos en la muestra del estudio. Estos son haber tenido un parto en el domicilio o ser la pareja de la misma durante su parto en el domicilio y no existir barrera idiomática.

El título del estudio es “Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio”. La Investigadora es Dña. Teresa M^a Martínez Mollá. CS Hospital Provincial. Teléfono: xxx xxx xxx.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es obtener información sobre cuáles son las creencias y valores que dan apoyo a la decisión de tener el parto en el domicilio y sobre cuáles son las prácticas que habéis llevado a cabo para tener vuestro parto en el domicilio.

PARTICIPACIÓN Y RETIRADA DEL ESTUDIO:

Su participación consistirá en:

- Concederme una entrevista de entre una hora y media y dos horas de duración. Esta entrevista se realizará en el momento y en el lugar que a Vd. le resulte más cómodo. La entrevista será registrada en formato audio con el fin de facilitar el análisis por parte del equipo investigador.
- Proporcionarme un documento (carta, diario, blog) escrito por Vd. en el que haga referencia a su decisión de tener el parto en casa. Este documento puede haberlo escrito con anterioridad o escribirlo ahora. No se preocupe por la ortografía la redacción o el estilo, lo que interesa es conocer sus reflexiones, dudas, miedos... acerca de la decisión de su parto en el domicilio.

Su participación en el estudio es voluntaria y puede abandonarlo cuando lo desee, sin que tenga que dar explicaciones y sin ningún tipo de perjuicio para Vd.

PERMISO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA, CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO DE DATOS: Le garantizo que los datos personales serán tratados y custodiados de acuerdo con la vigente normativa de protección de datos (Ley orgánica de protección de datos de carácter personal (LOPD 15/1999), con total confidencialidad, anonimato y respeto a su intimidad. Los datos resultantes de este estudio pueden ser publicados o expuestos en

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

congresos y reuniones científicas, garantizándose la confidencialidad de los datos personales. Sobre esos datos tiene derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante solicitud ante la investigadora en la dirección de contacto que figura en este documento.

REVISIÓN ÉTICA: Este estudio ha sido presentado revisado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico S. Joan de Alicante y el Comité de Bioética del Hospital de S. Joan

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Yo.....

-He leído la carta de explicación del estudio que me ha sido entregada.

-He hablado con la investigadora Teresa Martínez Mollá, con la que he tenido la oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio y me ha proporcionado suficiente información en relación con el mismo.

-Entiendo que la participación en el estudio es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee, sin que tenga que dar explicaciones y sin ningún tipo de perjuicio para mí.

-También he sido informado de que los datos personales serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos (LOPD 15/1999). Que sobre esos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en el teléfono de contacto que figura en este documento.

Por todo ello, ACEPTO libremente participar en esta investigación.

Firma del participante: Firma de la Investigadora

Fecha:

Anexo 8

Ficha de datos socio-demográficos

Ficha Datos socio-demográficos

Participante n°

Fecha de nacimiento:.....

Sexo:

Domicilio y lugar de residencia:

.....

Ocupación:

Nivel de estudios:

País de procedencia:

Fórmula obstétrica:

Fecha/s del parto/s en el domicilio:

.....

.....

.....

Fecha de la entrevista:.....

Anexo 9

Guía para las entrevistas en profundidad

Guía para las entrevistas en profundidad

Presentación y toma de contacto

Primeras preguntas irrelevantes: (el tiempo, el tráfico...).

Cuerpo de la entrevista: Siempre me he planteado qué es lo que lleva a una pareja a tener a su hijo/a en casa. Me interesa escuchar tu punto de vista, tu propia experiencia, por lo tanto quisiera que habláramos sobre esta decisión.

¿Cómo surgió la idea de tener al hijo/a en casa? ¿Tienes algún familiar o amiga que haya dado a luz en casa?

¿Buscaste información? ¿Dónde la obtuviste?

¿Qué fue lo que más influyó para que tomaras la decisión de tener el parto en casa?

¿Surgió algún temor o imprevisto durante el embarazo o el parto? ¿Teníais pensado cómo lo ibais a resolver? ¿Cómo lo resolvisteis?

¿Con qué apoyos contactaste para tomar la decisión? ¿Les dijiste a tus familiares y amigos que ibas a tener el parto en casa? ¿Cómo reaccionaron?

¿Acudiste a la sanidad pública? ¿Qué opinión te merece la asistencia allí? ¿Les informaste de tu intención de dar a luz en casa?

¿Qué tuviste que hacer para que el parto fuera en casa? ¿Cómo contactaste con la matrona/ginecóloga? ¿Qué tuviste que preparar? ¿Cómo te preparaste?

Resumen: Antes de acabar, hacer un pequeño resumen.

Turno de preguntas: ¿tienes alguna pregunta que hacer?

Cierre: Muchas gracias por tu colaboración. Recordarte que tanto tus datos como la entrevista serán tratadas con absoluta confidencialidad. Me volveré a poner en contacto contigo para ver si estás conforme con la transcripción y qué opinas de las conclusiones.

Anexo 10

Guía para la historia de vida

Guía para la historia de vida

Presentación

Hablar de la infancia:

Fecha, lugar y circunstancias del nacimiento: familiares y externas.

Descripción de los padres, hermanos y hermanas.

Juegos, tradiciones familiares, espacio físico.

Hablar de la adolescencia:

Cambios en el paso de una etapa a otra: cambios físicos, afectivos.

Juegos, gustos, amistades, amores.

Relación con los adultos: padres, familia, profesores.

Anécdotas.

Hablar del comienzo de la adultez:

Trabajo: relaciones laborales, primer trabajo, los más importante, problemas...

Relaciones amorosas: pareja, matrimonio, hijos.

La sociedad: época, cambios políticos, cambios sociales.

Hablar de la vida en general:

Acontecimientos más importantes de la vida personal.

Grandes y pequeños logros significativos en nuestra vida.

Éxitos y fracasos, pérdidas de seres queridos.

Cambios externos: mudanza, cambios de colegio, cambios en la ciudad o país.

El día de hoy:

Expectativas.

Proyectos.

Anexo 11

Ejemplo de entrevista modificada para su análisis

Ejemplo de entrevista modificada para su análisis

03 dh 30-12-10 (Dante)

[ENT]: ¿CÓMO SURGE LA IDEA DE TENER EL PARTO EN CASA? EN AQUELLA ÉPOCA NO ERA MUY HABITUAL EN ESA ZONA.

[E03]: bueno, en nuestro caso sí que era bastante habitual nosotros no éramos. En aquella,... en aquella época, precisamente por, por la manera en la que estábamos viviendo nosotros, por cómo veíamos la vida por cómo, tal... era bastante lógico,... el que nosotros nos planteáramos esa situación. Nosotros teníamos una visión (silencio) como más alternativa de la vida, pensábamos que... debería... el parto ser lo más natural del mundo,... de ser íntimo,... de ser... eh... nuestro... y a la vez estábamos convencidos de que... la mujer estaba preparada fisiológicamente... para parir, con lo cual, mmmm, ¿no? Pues pensábamos pues pensábamos que no había... ningún problema... para que... eso sucediese. Entonces... bueno, pues, una vez que, que... hemos decidido que íbamos a tener el parto en casa porque... creíamos que era más íntimo, y creíamos que era mejor, pues..., nos... nos planteábamos que efectivamente eso fuera así, pues entonces, estaba como muy preparado, con mucha ilusión,... yo hice una cama para parir,... ¡ex profes!... eh..., nosotros vivíamos en un... bueno... de entrada el parto,... digo el parto... el embarazo..., fue muy deseado. Y sabíamos qué era..., cuando fue, en el momento que fue... y... entonces... estaba como... muy preparado, con mucha ilusión y entonces pensamos que era lo más natural del mundo el parir en casa. Mmmm, yo soy de pueblo y mi madre ha parido en casa. ¡Siempre!..., y... además eh. Nosotros hemos tenido,... yo,...he tenido animales toda la vida... y he visto parir... toda la vida a..., a todos los animales y... estaba completamente convencido de que la mujer está... realmente preparada para parir,... ¡sin más! ¿No?... Y entonces nosotros, al estar viviendo en un pueblo,..., estábamos viviendo en [Pueblo 2],... cuando... [Esposa E03] estaba embarazada y entonces... bueno, pues en [Pueblo 2] también había mucha gente que todavía paría en casa... porque la distancia hasta Alicante,... el hospital de La Vila no existía y la distancia hasta Alicante era... de... 50 km o 40 km, y entonces..., mala carretera... y... las mujeres habían estado acostumbrados a parir en el pueblo,... las atendía, el médico del pueblo,... cuando estaba. ... y, en su caso cuando... estuve yo de... enfermero, pues las atendía yo... ¡a dos que parieron en casa!, o sea que... Entonces yo, es del primer parto que había atendido, no había tendido otros partos,... había atendido partos en prácticas... pero, pero de..., de...real, no había tenido otro parto,... entonces (pausa), pues eso fue... más una ilusión que... algo realmente meditado y pensado,... con sus pros,... sus contras y sus... todas sus cosas. Me imagino que ahora, si me lo dijeran mis hijas... que querían parir en casa, pues,... pues igual ponía inconvenientes, ¿no?... Porque después... de haber tenido el parto... piensas en las

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

implicaciones que podrían haber pasado,... que podían haber sido...: pues... una placenta previa o... no sé... una eclampsia... o cualquier cosa, que, que entonces,... realmente no lo pensabas... Entonces estábamos convencidos de que parto iba a ir muy bien... y...y nada, pues, parimos en casa, ¿no? ... ¡Fue muy bonito!... ¡fue muy íntimo!, (silencio) . Tuvo sus momentos difíciles..., porque llegó... un momento en el que [Esposa E03], mmm estaba cansada ya de apretar y:...

[Esposa E03]: *¡haz algo!*

[E03]: y yo decía: “*es que yo no puedo hacer na, tengo que estar esperando... ¿no?*”. La niña nació con dos vueltas de cordón... y... nada... paré... el parto, le quite las vueltas de cordón ¿no? Y entonces... mi boca hizo de aspirador... y mi boca hizo de respirador (hace el gesto) o sea que...y... y nada,... muy bien, fue... tuvo momentos muy,... muy bonitos, porque cuando. Una vez nacida la niña y tal . Se la puse al pecho al [Esposa E03] y entonces [Esposa E03] dijo:

[Esposa E03]: *ahora tu padre te va a dar la libertad*

[E03]: y entonces yo corté... el cordón... y... o... (Cara de gozo). Estábamos solos,... porque había una chica, que vino... a echarnos una mano... pero la chica ningún momento apareció...estaba... en un discretísimo... quinto plano, y... bueno, pues... una experiencia maravillosa. Y... ¡ya está! Y ya digo que si en estos momentos tuviesen que planteármelo de nuevo, posiblemente lo vería desde una óptica diferente ¿no?... pero, eh... la inconsciencia de la juventud... el pensar que somos... mmm inmortales,... que todo... tal y que tal... ¡de aquella época!... me hizo pensar que bueno... que aquello ... era ... ¡co... comer y cantar! lo y entonces,... pues... pues eso

[ENT]: ¿NO PENSASTEIS EN LOS PROBLEMAS?

[E03]: yo... el problema que pensábamos era que bueno... si la cosa se complicaba, era coger el coche y ¡al hospital, sí, se pensó en algún momento subiera algún inconveniente pero tal, pero realmente nosotros fuéramos incapaces de ver el problema, o sea... si hubiese existido el problema, ... hubiéramos sido incapaces de verlo, porque ya te digo que de hecho la niña nació con dos vueltas de cordón y... y yo no pensé que eso fuera un problema... o sea que..., evidentemente: *¡si hubiéramos tenido la posibilidad de ver que venía con dos vueltas de cordón y... tal! (a toda velocidad)* Pues... hubiéramos sido el hospital

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

pero como le habían hecho.... U... una revisión hacia nada,... cinco días o seis días... la niña estaba bien,... evidentemente no se detectan las vueltas de cordón y nadie... nos había puesto sobre aviso... pues,... pues no teníamos... La verdad es que no teníamos miedo... ¡yo no tenía miedo! ¿Eh? Entonces,... pues tampoco nos planteamos,... no sé... planteamos, que si hubiera algún problema... pos bueno: ¡igual daba!... estábamos a una hora... y una hora se aguanta de cualquier manera, ¿no?...7,07

[ENT]: ¿CONOCÍAS GENTE QUE HUBIERA PARIDO EN CASA?

[E03]: yo había nacido en casa, y ¡mi hermano había nacido en casa!. Sí, bueno... de mi generación,... habíamos nacido en casa, ¡todos!

[ENT]: ¿AMIGOS VUESTROS TUVIERON EL PARTO EN CASA?

[E03]: ¿De amigos nuestros? No, (silencio). De amigos nuestros no. Lo que pasa es que nosotros vivíamos,... al vivir en el pueblo de [Pueblo 2]... había... alrededor del pueblo, vivía mucha gente en masías, gente joven... ¡gente joven alternativa! (con énfasis), que se había planteado... el que la niña, o el niño y tal...naciese en casa y... de hecho,... yo, fui a atender un parto, ... después de nacer...., a un molino,... después de haber nacido ya...o sea que ya no... pero me llamaron porque... porque se había desgarrado la chica y tal... Y,... y... en el tiempo que estuvimos en [Pueblo 2] fuimos a otra casita también, de otros alternativos, que también decidieron parir en casa... Y en aquella época se hablaba mucho del parto en el agua... del parto... eh natural... del,... del desterrar el potro... en los quirófanos etc. etc.... Y entonces, o por lo menos... en el grupo en el que nosotros nos... nos desenvolvíamos se hablaba mucho de eso ¿no?... entonces...

[ENT]: ¿LLEGASTE A LEER ALGO?

[E03]: sí, claro, sí claro... yo leí mucho sobre parto natural,... ¡pero técnicamente no! Técnicamente, lo que había dado en la carrera... y el parto que había atendido en la carrera... pero..., mayoritariamente estaba totalmente convencido de que el parto era una cosa ¡tan natural, tan natural!,... que iba a nacer el solo y no iba a haber ningún problema... sí que preparamos, eh... las grapas de...,de...para ...clampar el...el cordón, las tijeras esterilizadas,... y, eh, el..., para coser si se desgarraba ... y todo eso, sí... Pero,...técnicamente el parto en sí, pues la verdad,... es que no..., no... nos habíamos preparado excesivamente, porque claro... el parto en sí, ¡es esperar a que salga! o sea que...

[ENT]: Y ¿QUÉ ES LO QUE HABÍAS LEÍDO?

[E03]: había leído, mmm, ya te digo de todas las técnicas del parto alternativo, que realmente no habla nada más que, que... que el parto, o que... la niña, la niña, en el caso en que... la nuestra era una niña, claro... De que el niño padecía mucho menos si era un parto con agua,... eh, de que... era mucho mejor para el niño... el nacer en un ambiente mmm familiar y... tal... que no en un ambiente hostil, como en el hospital y todo eso... y entonces,... todo iba encarado en que el niño... tuviera... el mejor recibimiento por parte de sus padres cuando naciera, ¡sin más! Pero técnicamente el parto en sí,... nadie te enseña que es un parto en sí... un parto es parir... abrirse de piernas y soltarlo y ¡ya está! (coge carrerilla), y eso es lo que esperábamos, eso es lo que esperábamos.

[ENT]: ¿FUE ASÍ COMO LO ESPERABAS?

[E03]: sí, sí... fue así como lo esperaba, ... no hubo más problemas, todo era cuestión de esperar, de hacer fuerza y luego cuando vi que salía con el cordón, pues, pues el sentido común me hizo parar la cabeza, quitarle las vueltas y... y... ¡ya está!... ¡no hay más! y entonces pues, ... bueno con un cuerpecito tan pequeñito.... yo sabía que como aspirador,... la boca ¡maravilloso! y yo ... no le tenía asco ni mucho menos... yo me la hubiese comido viva o sea... que ¡cómo iba a tenerle asco! y entonces le aspire los mocos ¡con la boca! y luego le pegué... dos, dos emboladitas de aire ¡con la boca!. Y ya está, y entonces... nada, pues la niña lloró y meó, ¡que eso sí que sabía que lo tenía que hacerlo! Entonces,... todos encantados y todos... felices, ¡muy bien! [Esposa E03] se levantó... a la hora, para llamar por teléfono a la casa de al lao, (sonrisa) porque no teníamos teléfono siquiera... o sea que... muy bien, estábamos muy bien. No..., no se abrió... no se rompió... no... nada. Lo que pasa es que la placenta no salió del todo, o sea, tiró la placenta, pero... le quedaron algunos con cotiledones dentro.

[ENT]: ¿TÚ LO VISTE?

[E03]: no, yo no lo vi,... Yo vi que salió la placenta... y entonces yo no tenía experiencia en visualizarla... una placenta como para saber que quedaban cotiledones.... Entonces a los... dos días aproximadamente o así (dubitativo), ella tuvo picos de fiebre, no se encontraba bien y fuimos a revisión al hospital y le hicieron un legrado porque... porque tenía todavía algo de placenta, pero la placenta salió, lo que pasa es que no entera. 12.01

[ENT]: ¿PREPARASTE UNA CAMA?

[E03]: hice una cama... para parir (silencio). Hice una cama con tablonés... eh . limpios, y... ¡pos eso!, hice una cama, una cama entera... una especie de armazón,... cuadrado... mmm . ¡Bonito!... además era bonito y tal... y nada... expofeso para el parto. Lo esperábamos con muchísima ilusión, y entonces todo lo hacíamos por eso, porque (silencio), ¡por la ilusión!
12.35

[ENT]: ¿QUÉ FUE LO QUE OS CONVENCÍÓ PARA QUE EL PARTO FUERA EN CASA?

[E03]: yo pienso que era...no, la idea (silencio), primero porque... pensábamos que no era difícil eso... ¡providencial!. Estábamos convencidos tanto ella como yo,... que el parto eh... es algo completamente natural y que no tiene por qué... ser ni manipulado ni artificial ni tal, es algo... que..., que,... para lo que la mujer está preparada y después porque nuestra intención era mmmm darle el mayor recibimiento,... el más íntimo recibimiento,... el..., la mejor acogida a... lo que venía, ¡que no sabíamos ni l!o que era, o sea que...

[ENT]: ¿FUE UNA DECISIÓN DE LOS DOS?

[E03]: sí, claro, claro, una decisión de nosotros, evidentemente yo solo no lo podría haber tomado (sonrisa).

[ENT]: ¿TENÍAIS MIEDO?

[E03]: no, no..., no..., no teníamos miedo. Éramos totalmente inconscientes de que el miedo pudiera existir,... no,... no habíamos (silencio), mmm... pensado en ningún momento que pudiese torcerse la cosa.... O sea, lo más que pensábamos es que si la cosa salía mal,... pues entonces,... ¡al coche y al hospital! ¡Y ya está! ¿No? que una hora antes o una hora después... estábamos acostumbrados de ver en el hospital que daba igual,... ¡aunque no lo fuera...! pero bueno.

[ENT]: ENTONCES ¿NO HUBO MIEDO EN NINGÚN MOMENTO?

[E03]: no hubo miedo, no, nada, al revés, hubo muchísima ilusión. De... hecho, [Esposa E03] estaba trabajando... esa noche, y entonces, mmm... salió a las ocho de la mañana... con dolores del parto y después de haber roto aguas y tal... ¡y nos fuimos a casa!, o sea que no... no teníamos ningún problema...podía haberse quedado el hospital... No... no, nos fuimos a casa.

[ENT]: ¿SE LO COMENTASTE ALGUIEN?

[E03]: se lo comenté alguien,... a,... a... bueno pues el entorno... (Silencio) más íntimo. Bueno, la verdad es que tampoco teníamos entorno íntimo, ¡sí es que estábamos solos!. Bueno,... la chica que vino, que también era... de una familia alternativa,... vivían en una masía y... tal... evidentemente sí que la llamamos,... para que viniese. Pero yo creo que no lo sabía nadie... Los vecinos de al lao... recuerdo qué estaban haciendo..., era..., era... eeeh...la Virgen de los Desamparados, la fiesta de la Virgen de los Desamparados y la... vecina de al lado, se llamaba Amparo, y estaban celebrando la fiesta, al lado de casa y entonces cada vez que [Esposa E03] chillaba del parto la vecina decía:

[Vecina E03]: ¡ay, Dios mío!,

[E03]: y al día siguiente del... dice que,...

[Vecina E03]: que le dimos *una fiesta... ¡horrorosa, horrorosa, horrorosa!*

[E03]: ¡porque estaban pendientes del parto de la chiquilla! jajaja, porqué claro... para ella era una chiquilla. Pero no... no hubo miedo en ningún momento 15.25

[ENT]: TÚ NO SE LO COMENTASTE LOS COMPAÑEROS:

[E03]: no,... no... yo vivía..., yo estaba... solo en el pueblo. Yo estaba de practicante del pueblo y estaba solo... pero, [Esposa E03] a sus compañeros de trabajo... sí que lo

comentó, porque... estaba trabajando con ellos y se puso de parto allí (silencio), o sea que...15,46

[ENT]: ¿A LOS FAMILIARES NO LES COMENTASTE NADA?

[E03]: No,

[ENT]: ¿POR QUÉ...?

[E03]: (silencio) pues, primero porque pensamos que no les incum..., no les incumbía, ¿no? Era algo que era nuestro,... era nuestra creación... y era algo que... que solamente dependía de nosotros, y... luego, porque... yo estoy convencido de que la familia de [Esposa E03], no solamente no lo aceptaría sino, ¡que no me lo perdonó durante mucho tiempo!,...o sea que... De hecho... en el parto de la segunda niña... yo... tenía... ¡miedo por la familia!,... Porque hasta entonces yo no tenía miedo: “*si salía la cosa mal, ha salido mal*” y ya está. Entonces después de machacarme tantísimo como me machacaron por el parto.... entonces con la segunda niña ...le eché las gomas, no lo oía y... fue una excusa,... para ir al hospital y descargarme... de, de culpabilidad, ¿no? ... el decir: “bueno... esto no ., no..., “*ha tenido que nacer el hospital porque no porque no quisiera yo, ... no, porque es que no la oía (a toda velocidad)...*”. Pero era un decir: “no me atrevo... ahora, no me atrevo en dos años y ya no me atrevo hacer lo mismo que hice la última vez.”. ¿No? (silencio), pero no hubo... 16,07

[ENT]: ¿TE MACHACARON MUCHO A TI? ¿POR QUÉ [Esposa E03] NO DICE NADA DE ESTO?

[E03]: sí. Porqué yo era el responsable,... claro, claro yo había engañado a la niña y había convencido a la niña para que pariese en casa, evidentemente (sonrisas),... por la parte de su familia..., claro. En mi casa nunca se..., no les pareció nada del otro mundo, porque mi madre había parido en casa..., los dos hijos y enton... y bueno y toda la gente de mi pueblo había parido en casa, siempre. No habían ido al hospital... el hospital de mi pueblo está a 45 km de hace 55 años que nací yo,... 45 km era ¡un viaje de Estambul! (sonrisa), o sea, que entonces a mis padres le pareció ¡lo más normal del mundo! ¿no?,... no encontraron nada... que no fuera normal, pero mis suegros sí... mis suegros habían parido toda la vida en el hospital.... Entonces ellos son los que... ¡pusieron el grito en el cielo....! 17,55

[ENT]: IR AL HOSPITAL ¿OS VENÍA CUESTA ARRIBA?

[E03]: no,... nosotros hemos estado trabajando en el hospital toda la vida... para nosotros el hospital es nuestra casa, también... yo estaba trabajando, ¡hasta llegar al pueblo! estuve trabajando en un hospital y [Esposa E03] estaba trabajando en,... en un hospital. Luego... no es que el hospital nos pareciera... mal, estábamos acostumbrados de vivir en ellos, ni nos parecía difícil el acceso ni... De hecho, en el segundo parto, lo tuve yo en el hospital, porque..., porque yo, yo... me dejé pasar como si fuera algo y... nadie se enteró, o sea que nuestro acceso, nuestro acceso al hospital era..., totalmente fácil, sencillo... y ¡sin más!... Pienso que estaba más encaminado a hacer algo... algo más bonito (silencio)... más íntimo (silencio)... más... ¡diferente! 19

[ENT]: COMENTAS QUE ERA GENTE ALTERNATIVA, ¿TÚ TE CONSIDERAS ALTERNATIVO?

[E03]: en aquella época sí, en aquella época... Yo era... Vamos ¿alternativos? Eh..., ¡no convencional!, No es lo mismo, ¿no? o sea... En aquella época,... acabábamos de salir de la época hippie y que... entonces todavía quedaban muchos residuos de la época hippie, que vivían en los pueblos,... ¡comunales y tal y cual! Entonces,... bueno, yo tengo 55 años,... yo soy... de los post-hippies. Entonces, quieras que no, quieras aquella cultura todavía imperaba,... ramalazos de aquella cultura, y entonces... pues... bueno. La gente que tenía, (silencio) más preparación cultural, por así decirlo, todavía seguía...un poquito enganchada en aquella cultura y entonces... pues, pues, eso, eso se daba. No,... no es hubiera muchísima gente, pero sí que había gente que... intentaba el parto natural..., en aquella época estaba grupo Acuario, ¡famoso y tall!... con los abortos libres y... todo el rollo ese y que..., y que... mmm, estaban haciendo cursos para... parir en casa. De hecho, el Pere que era del grupo Acuario se dedicaba ir a las casas hacer partos en las casas.... con lo cual... bueno pues, no era una... una cosa descabellada, sino que era algo que se llevaba,... se llevaba en un grupo determinado de gente, claro y en ese grupo estábamos nosotros o,... por lo menos estaba yo más. 20,28

[ENT]: ¿LLEGASTE A CONTACTAR CON PERE?

[E03]: no,... no..., no llegamos a contactar con él. En algún momento... en el... hubo un parto en el pueblo, también, en una masía, en la que fui yo... invitado... y estaba el .Pere. Pero... no yo... con el Pere no, ... no... llegue a contactar... con él, ni nada de eso, en aquella ocasión, aquello no fue un parto íntimo,... aquello fue un parto multitudinario

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

(sonrisas), habían... en el parto seríamos veinte,...” ¡mayores, pequeños, niños y... (deprisa)!” la chica pariendo, porque ¡aquello era una fiesta!... o sea que... y entre ellos estaba el Pere... .21,07

[ENT]: ¿ESO FUE ESO FUE ANTES DE TU PARTO?

[E03]: no, eso fue después. Después de mi parto, yo... como que cogí mucha... muchas manos con el parto mío (sonrisas) y... mucha tranquilidad, mucha... confianza... en, en, en, en que era algo sencillo, algo fácil, y algo natural y... entonces, pues eso: fui a tres partos más, en uno actué yo solo, en otro ya había parido y en otro con este grupo de gente... que aquello era... multitudinario ¿eh?

[ENT]: PERO ¿TE COGIÓ MIEDO CON EL SEGUNDO?

[E03]: sí... lo del segundo, no es que me cogió miedo, es que... (Silencio) Temía, temía, no..., no... mmm, temía las críticas... mmm. Llega un momento en el que después de nacer y todo eso... Yo me imagino que es como, una vez pasada la resaca y... después de haber hecho una barbaridad, o sea, tú... en cuanto empiezas a despertar y te das cuenta y dices: “¡Dios mío, Dios mío, lo que podía haber pasado!” y entonces... mmm bueno como ya has pensado que podía haber pasado, en el segundo, no puedes decir que no habías pensado en lo que podía haber pasado... y, como recibí, realmente, recibí críticas por parte de la familia de ella y tal que:

[Familia esposa E03]: *¡qué locura!, que como se nos ocurre... que si hubiera pasado algo....*

[E03]: lo que tú nunca hubieras pensado de que podía haber pasado. ya se encargan ellos decirte que podría haber pasado. Y... y con la segunda niña, ya vas sobre aviso... entonces al ir sobre aviso.... Estar.... como muy mosca por si acaso y tal y sobre todo porque le eché las gomas y no la oía...., entonces, ¡ya me preocupó!. Bueno de todos modos eh... con la segunda niña, fuimos al hospital... a la una... y a las 2:30, nacía o sea, que llegamos.... ¡cuando ya no había más remedio! Y... y allí... allí también atendí el parto yo. Pero, aun así, eso de poder... mmm, eh..., repartir las culpas si algo sale mal y eso es realmente es importantísimo (sonrisas), entonces te descarga muchísimo la tensión, el estrés y eso... 23.18

[ENT]: ¿CÓMO ESTABAS TÚ EN EL PARTO DE LA PRIMERA?

[E03]: ¿Cómo estaba yo? Yo estaba muy tranquilo..., yo estaba muy tranquilo (pausa). Estaba pendiente de la madre única y exclusivamente, yo... en aquel momento tenía... algo... muy claro es que si el niño nacía mal, nacía con alguna deficiencia, nacía con algún problema y tal ¡se me caía! ¡Y angelitos al cielo! Antes de nacer..., evidentemente. Después, en el momento en el que le vi la cabecita, si alguien le hubiera tocado un dedo, me lo hubiera comido. Pero ese convencimiento de que... bueno. De que... de que no pasaba nada ¿no? Era el primer parto, eh (silencio) no pasaba nada ¿no? De hecho, [Esposa 03] muchas veces decía:

[Esposa 03]: *“mmm que soy una mala madre y tal, porque no tengo sentimiento de maternidad”*.

[E03]: cuando estaba embarazada. Realmente cuando no has tenido hijos, no sabes lo que es tener un hijo hasta que no lo tienes ¿no? Entonces el convencimiento. Era: “¡no pasa nada!”. Y si hay algo mal se cae. Y no ha pasado nada, ¿no? Estoy convencido de que no lo hubiera podido hacer pero... ¡ese era el convencimiento a priori! entonces. ¡No tenía miedo...! claro 24.34

[ENT]: REPASO TODAS LAS PREGUNTAS ¿QUÉ OPINIÓN TE MERECE LA ASISTENCIA AL PARTO EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD?

[E03]: en estos momentos yo pienso... Pensaba entonces, pensaba entonces que era... ¡muy impersonal! Que era muy mecánico, que era en aquella época no se utilizaba No sé, no sé estilaba que la gente, que el marido entrase. ¡De hecho se prohibía! O sea que no entraba nadie, la cosa era muy... mecánica era muy, muy médica por así decirlo. Pues entonces nosotros no queríamos eso tan falto de (silencio), de intimidad de... ¡no sé! 25,37

[ENT]: ¿LOS APOYOS?

[E03]: apoyos, nosotros, con nosotros mismos.

[ENT]: ¿HABÍAS LEÍDO? QUÉ ERA ¿LECTURA ALTERNATIVA?

[E03]: no, no, leer había leído... del parto normal, evidentemente, del parto normal, ¡nada más! Lo que yo sabía de enfermería, lo que yo había hecho..., de prácticas cuando,... qué creo que había entrado a un parto cuando estaba haciendo enfermería y ya está O sea que,... lo único que había leído era de partos alternativos, ¡pero una vez que saca la cabeza!, o sea de la cabeza para afuera . Es decir de: qué sentían los niños cuando nacían, *¡dependiendo del líquido, del medio, del ambiente, del...* (Con voz falsete)

[ENT]: TAMPOCO HABÍA TANTO PUBLICADO.

[E03]: bueno, hubo una época que en las revistas alternativas sí se publicaba mucho. Por lo menos cuando nosotros estábamos en ello, sí que se hablaba mucho de los partos alternativo, de los partos en...

[ENT]: ¿QUÉ REVISTAS ERAN ESAS?

[E03]: pues..., revistas... revistas de tipo.... Uh, uh... ¡No me acuerdo! (silencio). Pero vamos.... de cosas alternativas,

[ENT]: ESTABA INTEGRAL.

[E03]: pues, estarían en Integral,... Nature o... algo así.... cosas de esas, pero cómo ibas buscando,... salía.

[ENT]: ¿LES DIJISTE A LOS FAMILIARES QUE IBAS A TENER EL PARTO EN CASA? Y ¿CÓMO REACCIONARON?

[E03]: no, no... Se lo dije a nadie...

[ENT]: RESUMEN: SURGE CASI COMO UNA COSA NATURAL, EL PARTO ES ESPONTÁNEO NATURAL Y SURGE DENTRO DEL ENTORNO EN EL QUE VIVÍS, VIVÍS EN UN PUEBLO EN EL QUE ESO SE DABA, CONOCÉIS ESTA CHICA...

[E03]: no, no ella no sabía nada... 27.51

[ENT]: ¿VOSOTROS YA LO HABÍA DECIDIDO ANTES HABLAR CON ELLA?

[E03]: sí, claro, no... esta chica no sabía nada, esta chica, viene como amiga por caso hacía falta,... pos... ¡acercar una toalla o traer agua! Ella no tenía ninguna idea... ni de partos, ni... de nada...

[ENT]: PERO SÍ SE LO COMENTASTEIS A ELLA.

[E03]: claro,...vamos a tener a un niño y tal... Lo queremos tener en casa y de hecho... bueno, yo me imagino que,... indirectamente, medio pueblo lo sabía, porqué... bueno... hice... la cama... eh... diciéndoselo al carpintero... o sea que... que bueno... y la vecina de al lao... evidentemente lo sabía, porqué estaba... oyendo el parto y... y... la calle y bueno... no era... ¡No era nada anormal!, es que no se consideraba... yo estoy convencido de que en el pueblo nadie lo consideró... nor... anormal, la vecina,... la vecina dijo:

[Vecina E03]: *¡qué valenta!*

[E03]: pero porque fue a llamar por teléfono nada más parir, no porque hubiera parido en casa, a sea.... Porque... se había levantado inmediatamente,... cuando en aquellas épocas todavía se llevaba la covada... y... todas esas cosas... ¿no? y la cuarentena... y todo... 28.47

[ENT]: Y EN LA SEGUNDA TU SUEGRA TE PREGUNTARÍA...

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

[E03]: hombre, claro... no, no...me preguntaría... ¡me amenazó directamente!... o sea que: jajajaj

[Suegra E03]: *¿este lo tendrá en el hospital? ¡¿No se os ocurrirá la locura de la vez anterior?!*

[E03]: y... era diferente.

[ENT]: SOBRE TODO LO QUE BUSCABAIIS ERA ESA INTIMIDAD...

[E03]: exacto

[ENT]: BUSCABAIIS INTIMIDAD, ESE ACTO INTIMO DE ESTAR EN CASA Y EN LA FAMILIA, LA ASISTENCIA SANITARIAS OS PARECÍA IMPERSONAL, NO SURGIÓ EN EL PRIMERO... NINGÚN TEMOR, ERA UNA COSA QUE SÍ QUE HABÍAS HABLADOS, PENSABAIIS QUE NO IBA A PASAR NADA Y SI PASABA ALGO LO MÁXIMO, COGEMOS EL COCHE Y NOS VAMOS AL HOSPITAL Y ALLÍ SE SOLUCIONA, NO CONTASTEIS CON APOYO CON NADIE DE CARA A LA DECISIÓN PORQUE:

[E03]: era una cosa nuestra, estábamos nosotros solos, también...

[ENT]: NO SE LO DIJISTÉIS A NADIE...

[E03]: mi familia vivía... a 200 km y la familia de [Esposa E03] a 600 km. estábamos viviendo solos, y estábamos en el pueblo solamente ... seis meses o siete meses, lo que tampoco... habíamos hecho amistades como para... implicar a nadie... 29.50

[ENT]: NO INFORMASTEIS A LA SANIDAD PÚBLICA, A SU GINECÓLOGO.

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

[E03]: ella iba su ginecólogo, ella tenía sus revisiones, pero no se lo dijo, no se lo dijo... ¡no!

[ENT]: SUPONGO QUE ES UNA DECISIÓN QUE SE TOMA EN PAREJA, UNO SOLO NO PUEDE SINO... SE TIENE QUE CONTAR CON EL APOYO DEL OTRO:

[E03]: eso no puede hacerlo uno solo... yo me imagino que las madres solteras podrán decirlo, pero... evidentemente cuando hay pareja... uno solo es difícil... que lo decida por sí solo y más teniendo que necesitar el apoyo del otro...

[ENT]: YO CREO QUE YA ESTÁ TODO.

[E03]: un plasir. Ya te hemos contado la historia.

[ENT]: MUCHAS GRACIAS

Anexo 12

Documento de solicitud del relato escrito

Documento de solicitud del relato escrito

Título del estudio: “Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio”.

Investigadora: Teresa M^a Martínez Mollá. Teléfono: xxx xxx xxx. Tutores: D. José Siles y Dña. Carmen Solano.

El objetivo de este estudio es obtener información sobre cuáles son las creencias y valores que dan apoyo a la decisión de tener el parto en el domicilio y sobre cuáles son las prácticas que se llevan a cabo para conseguir que se cumpla esta decisión.

Para ello solicito que me proporcione algún relato o documento que haya escrito a lo largo del embarazo, parto y/o puerperio sobre su decisión de tener el parto en el domicilio. Pueden ser cartas, diarios, poemas, escritos en blogs... En caso de no tenerlo puede proporcionarme un escrito en el que describa cuál es el principal recuerdo que tienen de la toma de decisión de tener el parto en el domicilio.

No se preocupe por la ortografía la redacción o el estilo, lo que interesa es conocer sus reflexiones, dudas, miedos... acerca de la decisión de su parto en el domicilio.

Le garantizo que serán leídas con respeto y tratadas de manera confidencial.

Anexo 13

Ejemplo de análisis con ATLAS-ti v6.2

ETNOGRAFÍA SOBRE LA DECISIÓN DEL PARTO EN EL DOMICILIO

Ejemplo1 de análisis con ATLAS-ti v6.2.

Categoría: Creencias

The screenshot shows the ATLAS-ti v6.2 interface. The main window is titled "Code Manager [HU: Valores creencias y práctica 3-14]". It contains a table of codes with the following columns: Name, Gro..., De..., Author, Created, Modified, and Families. A dialog box titled "117 Quotations for: Creencias" is open, displaying a list of quotations with their corresponding code IDs and timestamps.

Name	Gro...	De...	Author	Created	Modified	Families
Comparar	1	0	Super	04/05/20...	04/05/20...	
Conocia a	27	1	Super	16/02/20...	28/09/20...	
Conocia a: nadie	5	1	Super	15/08/20...	28/09/20...	
Convencimiento~	35	0	Super	17/12/20...	01/09/20...	
Creencias~	117	1	Super	16/02/20...	30/11/20...	
Creencias: Aprender a parir de nuevo	1	0	Super	11/08/20...	28/09/20...	
Creencias: Dolor	7	0	Super	18/02/20...	28/09/20...	
Creencias: Hospital: frio	1	0	Super	15/08/20...	28/09/20...	
Creencias: Hospital: Hay matronas buenas en hos...	2	0	Super	21/02/20...	28/09/20...	
Creencias: Hospital: No tengo nada contra el hos...	6	0	Super	18/02/20...	28/09/20...	
Creencias: Importancia: que el niño nazca en su a...	1	0	Super	17/08/20...	28/09/20...	
Creencias: Importante forma de nacer	1	0	Super	08/09/20...	28/09/20...	
Creencias: mujer sin riesgo	1	0	Super	07/09/20...	28/09/20...	
Creencias:Dolorrendorfinas	1	0	Super	05/05/20...	05/05/20...	
Critic@s	0	8	Super	13/06/20...	13/06/20...	Valores
Práctica	41	5	Super	17/07/20...	01/06/20...	Práctica

117 Quotations for: Creencias

- 2:46 O lo que para nosotros era...el.. (13:1175-13:1257)
- 2:53 pues entonces ese momento del .. (13:1888-13:19...
- 2:55 segundo también considero un...u. (14:28-14:106)
- 2:120 yo creo que todos los partos d... (6:1402-6:1474)
- 2:127 Pues si el dar a luz, era... alg... (11:1431-11:1473)
- 2:133 Ese momento intimo y especial .. (19:1409-19:15...
- 3:21 la inconsciencia de la juventu... (3:985-3:1017)
- 3:22 el pensar que somos... mmm inmor... (3:1021-3:10...

La idea que alguien tiene de que ocurre cierta cosa, de que algo es de cierta manera; o el conjunto de nociones sobre una cosa trascendental como religión o política a los que alguien presta un sentimiento firme, considerándolas como verdades indudables" (Moliner, 2007).

531 Codes [1] Creencias All Name - Title ES 20:23 30/11/2014

Ejemplo2 de análisis con ATLAS-ti v6.2.

Categoría/network: Creencias

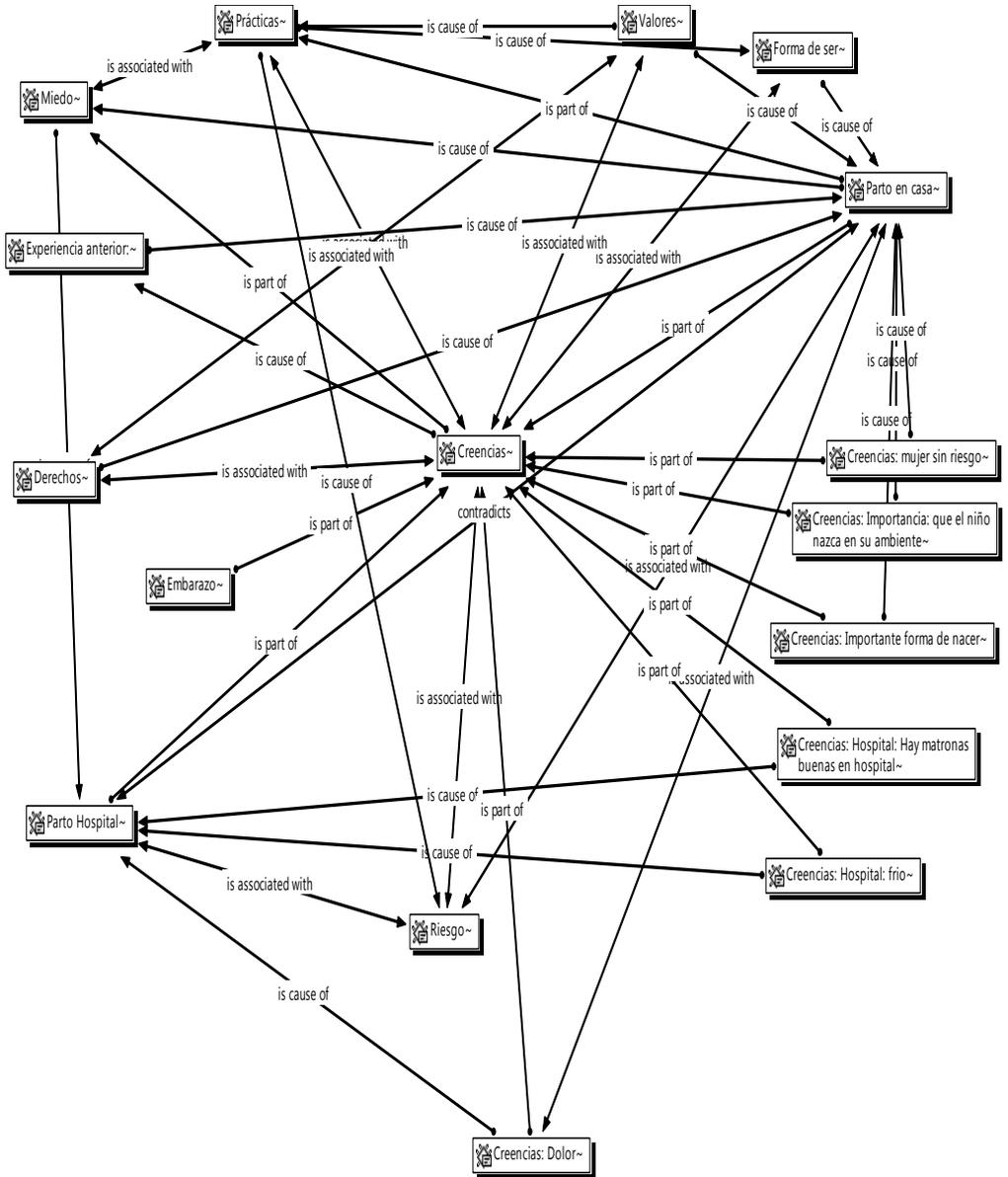
The screenshot displays the ATLAS-ti v6.2 interface. On the left, the 'Code Manager' window shows a table of codes. The main window displays a network diagram with nodes and relationships.

Name	Gr...	De...	Author
Creencias:Dolorendofinas	1	0	Super
Creencias: mujer sin riesgo~	1	2	Super
Creencias: Importante forma de nacer~	1	2	Super
Creencias: Importancia: que el niño nazca en su a...	1	2	Super
Creencias: Ho	6	0	Super
Creencias: Ho	2	2	Super
Creencias: Ho	1	2	Super
Creencias: Do	7	3	Super
Creencias: Ap	1	0	Super
Creencias~	117	16	Super
Convenimier	35	0	Super

The network diagram shows nodes for 'Creencias~', 'Prácticas~', 'Miedo~', and 'Experiencia anterior~'. Relationships are labeled with terms like 'is associated with', 'is part of', and 'is cause of'.

Ejemplo 3 de análisis con ATLAS-ti v6.2.

Network: Creencias



Anexo 14

Resolución del Comité de Investigación y
Ética (CEIC) de la Comunidad Valenciana



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - SANT JOAN D'ALACANT
HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN
C.E. STMA. FAZ Y ATENCION PRIMARIA

COMISION DE INVESTIGACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN DE ALICANTE

DEPARTAMENTO SALUD DE ALICANTE. HOSPITAL DE SANT JOAN

Asunto: Petición de valoración de Investigación.

D. Abelardo Sanchez Gutiérrez, Presidente de la Comisión de Investigación del Hospital de San Juan,

CERTIFICA:

Que el proyecto de investigación titulado "Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio" con el código: 001TMM." cuyo Investigador Principal es "Teresa Mª Martínez Mollá", cumple los requisitos de idoneidad. El protocolo, en relación con los objetivos del estudio y la capacidad del investigador, y los medios disponibles son los apropiados para llevar a cabo dicho estudio.

Se expide el presente Certificado.

En San Juan de Alicante, a 01 de marzo de 2011,

Fdo. Abelardo Sánchez Gutiérrez



CS-31 COD.001B00

Anexo 15

Informe de la Comisión de Investigación
del Hospital de Sant Joan



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - SANT JOAN D'ALACANT
HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN
C.E. STMA. FAZ Y ATENCION PRIMARIA

COMISION DE INVESTIGACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN DE ALICANTE

DEPARTAMENTO SALUD DE ALICANTE. HOSPITAL DE SANT JOAN

Asunto: Petición de valoración de Investigación.

D. Abelardo Sanchez Gutiérrez, Presidente de la Comisión de Investigación del Hospital de San Juan,

CERTIFICA:

Que el proyecto de investigación titulado "Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio" con el código: 001TMM," cuyo Investigador Principal es "Teresa Mª Martínez Mollá", cumple los requisitos de idoneidad. El protocolo, en relación con los objetivos del estudio y la capacidad del investigador, y los medios disponibles son los apropiados para llevar a cabo dicho estudio.

Se expide el presente Certificado.

En San Juan de Alicante, a 01 de marzo de 2011,

Fdo. Abelardo Sánchez Gutiérrez



CS-3/11 COD.001600

Anexo 16

Informe del Comité de Bioética Asistencial
del Hospital de Sant Joan

EL COMITÉ DE BIOÉTICA ASISTENCIAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALICANTE – SANT JOAN D'ALACANTE

INFORMA

Con fecha 29 de noviembre de 2010 fue presentada a este Comité por Dña. TERESA M^a MARTÍNEZ MOLLÁ, matrona del Centro de Salud Hospital Provincial de este Departamento, la solicitud de valoración ética por parte de este Comité de su proyecto de investigación “Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio”, con código: 001TMM, cuyo objetivo es “obtener información sobre cuáles son las creencias y valores que dan apoyo a la decisión de tener el parto en el domicilio y sobre cuáles son las prácticas que se llevan a cabo para conseguir que se cumpla esta decisión”

A través de la secretaría de éste Comité se le solicitó a Dña. Teresa documentación sobre su proyecto de investigación la cual fue enviada a todos los miembros para su estudio.

En reunión extraordinaria del 2 de marzo de 2011, el Comité convoca a Dña. Teresa para hacerle llegar las conclusiones a las que han llegado los miembros del mismo, tras estudio de la documentación y solicitud presentada

En primer lugar se le comunica que en la deliberación que ha tenido lugar con respecto a su asunto el Comité se ha cuestionado si esta tarea es pertinente con respecto a la naturaleza del mismo y sus funciones, llegando a la conclusión que, si bien no pertenece a los objetivos del mismo analizar “los aspectos metodológicos de la investigación”, sin embargo, al abordar el estudio “valores y creencias” y cuestiones de “información y consentimiento informado” es oportuno ofrecer los elementos que ayuden a una “valoración ética”.

Los miembros del Comité sugieren a Dña. Teresa que en el orden de valoración propuesta sería conveniente una revisión de los modelos presentados sobre información del trabajo a los que van a intervenir en el estudio y sobre el documento que se le entregará a los mismos sobre consentimiento informado. Con fecha 3 de marzo de 2011, Dña. Teresa, atendiendo las sugerencias del Comité, reenvía a los miembros del mismo las correcciones oportunas.

Este Comité como deliberación final, en orden a una evaluación ética del proyecto de investigación de Dña. Teresa M^a Martínez Mollá, quiere manifestar las siguientes conclusiones:

Una vez conocidos los objetivos del estudio presentado que a juicio de Dña Teresa son “analizar los valores y creencias de las parejas que toman la decisión de tener el parto en el entorno familiar de su domicilio así como las prácticas llevadas a cabo para conseguirlo; conocer la percepción de estas parejas acerca de su decisión del parto en el domicilio; indagar en el papel de los padres (marido, novio, compañero) en la decisión del parto en el domicilio como parte del cuidado familiar y describir las prácticas que llevan a cabo estas parejas para conseguir tener el parto en el domicilio, los recursos que movilizan y a quien acuden”, consideramos que, sin entrar

a valorar aspectos metodológicos de la investigación que se nos presenta, (que pueden ser valorados por otras instancias), **no encontramos ningún obstáculo ético a la realización de dicho estudio. La hoja de información y la de consentimiento informado son correctas, conteniendo toda la información pertinente en un lenguaje asequible, lo que permitirá a los participantes tomar una decisión con verdadera autonomía, según viene expresado en la ley 41/2002 de 14 de noviembre sobre derechos del paciente, información y documentación clínica y ley 16 de enero de 2003 de Derechos e Información al paciente de la Comunidad Valenciana. Se asegura el mantenimiento de la confidencialidad en todo momento y el cuidado y Protección de Datos, según la ley 15/1999 de enero 2003 de 13 de diciembre y Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre, incluyendo incluso un compromiso personal de la investigadora. El estudio no comporta riesgos para la paciente (no maleficencia), y podría tener resultados positivos en el conjunto de la sociedad (beneficencia y justicia), a quien se harán llegar los resultados.**

Alicante a 11 de marzo de 2011



José Francisco Antón Rodríguez
Presidente del Comité de Bioética Asistencial
Dpto. de Salud de Alicante – Sant Joan d'Alacant

