

ISSN 2525-6904



NÚMERO ESPECIAL

El Parto Planificado en Domicilio (PPD) como práctica de *cidadanía*

Relevamiento cuali-cuantitativo de experiencias en Argentina (2000-2018)

Lucrecia Raquel GRECO, *Universidad Federal de Bahía*

Ana Gretel Echazu BÖSCHEMEIER, *Universidad Federal de Rio Grande do Norte*

Mariana ABBATIZZTI, *Awaiké - Salud y Medio Ambiente*

Violeta OSORIO, *Grupo Interdisciplinario Fortaleza 85*

Regina RICCO, *Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires*

Francisco SARACENO, *Parir en Casa*

Este texto discute a partir de una perspectiva cuali-cuantitativa el modelo de PPD (Parto Planificado en Domicilio) como práctica de *cidadanía* en Argentina, presentándolo como un modelo social, político y jurídico pasible de ser construido a partir de prácticas de cuidado, en este caso, relativas a los procesos reproductivos femeninos. El análisis cuantitativo se basa en un relevamiento sobre nacimientos realizados en la modalidad PPD en Argentina entre los años 2000 y 2018. El análisis cualitativo se sustenta a partir del trabajo interpretativo de las narrativas de dos mujeres, también co-autoras de este texto, observando las particularidades de sus partos y la construcción de sus subjetividades en el marco de estos procesos. En primer lugar, se destaca que en los casos de PPD estudiados predomina la construcción vincular de una lógica de “cuidados”, siendo poco significativo el índice registrado de prácticas de violencia obstétrica. En segundo lugar, indagamos las limitaciones y potencialidades del modelo del PPD en el marco de una *cidadanía* inclusiva, planteando la necesidad de instrumentar alternativas para establecer un diálogo sostenido con el modelo hospitalario, médico hegemónico y oficial. Finalmente, sostenemos que el PPD bajo estudio se presenta como una alternativa deseable, segura y significativa desde la perspectiva de las mujeres que lo han elegido.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados. Violencia obstétrica. Argentina. *Cidadanía*. Parto Planificado en Domicilio.



Introducción

El Parto Planificado en Domicilio (PPD de ahora en adelante) además de respetar el protagonismo de la mujer en múltiples sentidos, de considerar al embarazo, nacimiento y posparto como hechos fisiológicamente sanos, y posicionar al riesgo como un factor entre otros, (potencialidades, deseos y construcción de vínculos y experiencias de los cuerpos en cuestión); se convierte en una práctica de *cidadanía* pensada como un modelo social, político y jurídico que se organiza desde prácticas de cuidado. El PPD se construye como alternativa al parto institucional asociado al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988¹), donde parto y embarazo son considerados hechos patológicos que requieren intervenciones *a priori* por parte de personal médico especializado, que en vez de acompañar y atender eventuales emergencias, asumen el protagonismo del evento y subordinan el proceso del nacimiento a sus necesidades e intereses. Esto genera condiciones donde la “violencia obstétrica” es el escenario habitual.

Una serie de investigaciones apuntan a la alta incidencia de prácticas de violencia obstétrica en los partos institucionales que tienen lugar dentro del modelo médico hegemónico en la Argentina y América Latina (Canevari Bledel, 2011; Belli, 2013; Castro y Erviti, 2015; Rosemberg y Zerbo, 2017). La violencia obstétrica definida en la Ley Nacional N° 26.485 del año 2009, es una forma de violencia institucional sobre las mujeres durante las etapas previa, anterior y posterior a un parto, definida en la ley como aquella “ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (Artículo n° 6, inciso e). Esta ley se encuentra en conformidad con la Ley N° 25.292, de Parto Humanizado sancionada en el 2004.

Nuestra reflexión deriva de propuestas feministas que integran las experiencias de maternaje donde gestar, parir, amamantar y otras prácticas biológico-culturales relacionadas con la maternidad tienen un lugar significativo (Kinser, 2008). Esta propuesta también dialoga con el

1 Para Menéndez (1988:1) el Modelo Médico Hegemónico es “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.”



movimiento de la “justicia reproductiva” que, desde una perspectiva enmarcada por los derechos humanos, reflexiona sobre las diversas formas de experimentar la maternidad de acuerdo con opresiones históricas como raza-etnia, nacionalidad y sexualidad (Solinger, 2001). En este sentido sabemos que en las condiciones actuales el PPD se da mayormente entre sectores medios que pueden solventar los gastos del trabajo de los equipos aunque existen otras situaciones².

La *cidadanía*, concepto propuesto por Aler (2011) se define como una forma de reivindicarnos sujetos en una sociedad que coloque la vida en el centro, que se organice en torno a las necesidades reales de las personas, a partir del reconocimiento de la diversidad y de la pluralidad de todas las formas de vida. Implica un reposicionamiento del cuidado como práctica feminista e inclusiva: el cuidado alrededor de los cuerpos vulnerables (y vulnerados) como eje de la producción y reproducción de ciudadanía. *Cidadanía* tiene que ver con la capacidad de las personas a ejercer los derechos que garantiza el orden normativo vigente y específicamente “ciudadanía reproductiva”, refiere a la capacidad de apropiarse, ejercer y defender los derechos en materia de salud sexual y reproductiva (Castro, 2011: 132). La *cidadanía* promueve una “ética del cuidado” ya no femenina sino feminista (Gilligan, 2013:33), que universaliza las obligaciones del cuidado, un cuidado para todes y desde todes donde el cuidado y la asistencia no son asuntos de mujeres, sino humanos.

En lo que refiere a los nacimientos, la *cidadanía* nos reconoce como seres en la interdependencia de los vínculos sociales que nos constituyen tanto en el nivel del cuidado de la relación madre-criatura, el cuidado de la ciudadanía de las madres y el cuidado de todes³, hacia todes. Consideramos en este sentido la importancia que tiene la calidad

2 El acompañamiento del PPD no es mediado únicamente por dinero. Existen experiencias de acompañamiento en partos hogareños (por parte de parteras, doulas, mujeres que han pasado por la experiencia del parto que deciden acompañar a otras mujeres, etc.) donde el intercambio por ese servicio se puede dar mediado por el trueque, el servicio altruista, o la sororidad. También hay experiencias de trabajo colectivo-comunitario por parte de las mujeres-familias que eligen PPD para juntar el dinero necesario para el PPD. Una de las autoras el presente texto trabaja en la edición de un libro de artículos y experiencias de partos, donde parte del dinero de la venta va para un “fondo de partos” para mujeres que lo necesiten.

3 Utilizamos lenguaje inclusivo porque consideramos que el lenguaje que usamos afecta nuestra percepción de la realidad, y que es nuestra base para pensar el mundo que nos rodea. Revisarnos en el uso del lenguaje sexista, en su violencia simbólica y de exclusión, nos ayuda a dejar de perpetuar en él la relación de dominación masculina/ patriarcal.



de los vínculos en el desarrollo de un nacimiento. Davis-Floyd apunta que “la familiaridad del apoyo intensivo y continuo provisto por ayudantes del parto o asistentes que son parte de la comunidad de la mujer o la han conocido bien durante su embarazo, puede jugar un papel adicional esencial en cómo se desarrolla un nacimiento humano...”. Así, la presencia de acompañantes (parteras o no) conocidos por la mujer pueden “por ejemplo, mitigar los niveles de hormonas del stress como el cortisol y la epinefrina⁴ que se conocen por sus efectos inhibitorios sobre la oxitocina - la hormona que estimula las contracciones del trabajo de parto” (Floyd, 2009:23-24). Diversos autores-parteras apuntan la importancia de quienes están presentes y del entorno donde se realiza el nacimiento para permitir la secreción de oxitocina (Odent, 1996, 2009; Lutz, 2017).

En el presente texto documentamos al PPD como un práctica deseada, segura y significativa. A partir de nuestro análisis de datos cuali-cuantitativos exponemos las prácticas de cuidado que predominan en las experiencias de PPD, destacando la ausencia de violencia obstétrica en los partos investigados en este relevamiento, exploramos su potencial para el ejercicio de una *cidadanía* inclusiva y observamos sus límites, sobre todo en lo que hace al diálogo con el modelo hospitalario, médico hegemónico, oficial.

Material y métodos

En este artículo discutimos a partir de una perspectiva cuali-cuantitativa el modelo de PPD como práctica de *cidadanía* en Argentina⁵. El análisis cuantitativo se basa en un relevamiento sobre nacimientos realizados en la modalidad PPD en Argentina entre los años

4 El cortisol y la epifrenina combinadas producen el efecto “saco blanco” en humanos y primates, respectivamente. El mismo se caracteriza por la disminución o cese de las contracciones del trabajo de parto cuando las mujeres u otros primates se sienten atemorizados o ansiosos al ser observados por doctores “saco blanco” y/o investigadores. (Davis-Floyd, 2009: 23-24)

5 Resaltamos la importancia y el impacto de aunar, de forma conjunta, una metodología cualitativa y una cuantitativa (Saltalamacchia, 1992), colocando en diálogo estas dos formas de construcción de los datos. Nuestro interés que es la raíz experiencial y situada de los datos persista y sirva de base para las elaboraciones cuantitativas de los mismos, trayendo a colación la importancia de la interpretación de experiencias de primera mano (con sus características de densidad, significatividad y profundidad) tanto como de los análisis más amplios, más extensivos y menos densos de estos procesos sociales.



2000 y 2018, realizado por la agrupación Fortaleza 85, grupo interdisciplinario, compuesto por activistas de derechos sexuales y reproductivos, profesionales de la obstetricia y de la epidemiología⁶. Para el análisis cualitativo nos basamos en el trabajo interpretativo de las narrativas de dos mujeres que son también co-autoras de este texto. Asimismo, consideramos que enunciar las perspectivas implicadas en el PPD de todes como autores son herramientas para destacar que todo conocimiento es situado (Haraway, 1995), y que esta situacionalidad es clave en nuestro diseño teórico-metodológico, así como en el proceso de análisis de los resultados. Las personas que escribimos lo hacemos desde inserciones múltiples: como mujeres que hemos parido, investigadoras, militantes, parteres. Estas inserciones son condicionadas por la práctica y vuelven a ella: es nuestra intención que este movimiento textual sirva como pauta de documentación, análisis, reflexión, estímulo de “buenas prácticas” en el campo de la salud y reflexión colectiva sobre los límites y desafíos que plantea el PPD.

Lucrecia es antropóloga y compartió tres nacimientos de hijos suyos con dos de los parteres que aquí escriben, Francisco y Marian. En los últimos años se interesó por los cuidados con gestantes y púerperas como práctica de investigación y militancia política. En la actualidad se dedica a la enseñanza universitaria (UFBA) y continúa investigando sobre corporalidades y modelos *cuidadosos*. Gretel también es antropóloga, feminista y madre de dos crías. Atravesó una experiencia de parto institucional y otra de PPD en la ciudad de Salta (años 2003 y 2014, respectivamente). Ha realizado investigaciones en comunidades de Argentina, Perú y Brasil desde una perspectiva de género, raza y salud colectiva y hoy en día es profesora universitaria (UFRN). Violeta es feminista y activista por los derechos perinatales y sexuales y (no) reproductivos, integrante de las agrupaciones Argentinas Las Casildas, el OVO, Fortaleza '85 y Colectivo Puja. Co-autora del libro infantil “Nacer en casa: el viaje del nacimiento”. Co-autora del libro “Mujeres invisibles. Partos y patriarcado” en proceso de edición. Madre de Kyara nacida en Colombia, planificó con ella un PPD que terminó en cesárea por violencia obstétrica en el domicilio y madre de Frida nacida en Argentina en un PVDC en casa. Francisco es partero, integrante del Colectivo Parir

6 El nombre Fortaleza 85 deriva del primer documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que habla del embarazo como un proceso saludable y de la participación de las mujeres en cuanto a su salud perinatal a la hora de evaluar las tecnologías aplicadas al embarazo, parto y nacimiento.



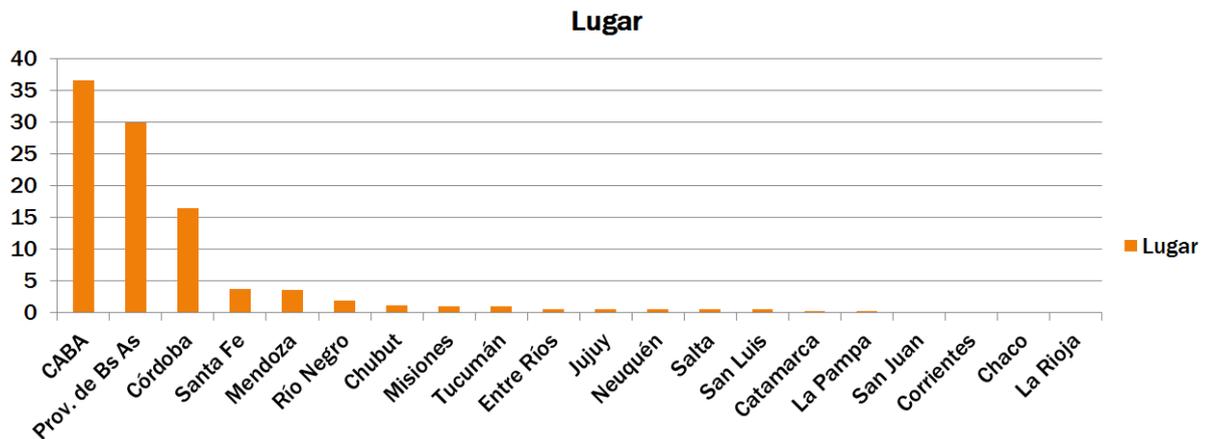
em Casa y padre de Frida. Mariana es doula, ha hecho la formación de iniciación a la partería en Awaïke (“Escuela de parteras comunitarias en la tradición” - Córdoba, Argentina). Trabaja acompañando mujeres en sus procesos de gestación parto y puerperio, así como también a mujeres en la búsqueda de recuperar su fertilidad, a través de saberes relacionados con la partería tradicional. También trabaja en el museo de antropología de la Universidad de Buenos Aires. Regina también es antropóloga, interesada en el ejercicio de la ciudadanía reproductiva en la salud pública. Buscó en sus dos partos que se garantice su derecho a un parto respetado en el sistema de salud. En la actualidad, trabaja en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El relevamiento base trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio realizado con mujeres que parieron con PPD cuya unidad de análisis son los nacimientos planificados en domicilio con diferentes equipos profesionales de parteras y/u obstetras. El estudio se basa en una muestra de 1163 nacimientos en total, y circuló desde los equipos de PPD hacia las mujeres. Se realizaron cuestionarios con preguntas cerradas en forma virtual a partir de la experiencia de partos asistidos en domicilio durante el 2000 y el 2018 por equipos de parteras en Argentina, especialmente en la ciudad y provincia de Buenos Aires 65% de los casos, seguidos por un 15% en Córdoba, Santa Fe (4%), luego Mendoza (4%), y finalmente otras provincias (12%) (Ver Cuadro 1). Las preguntas fueron elaboradas por las integrantes de la agrupación Fortaleza 85, en base a la experiencia personal y al conocimiento en relación a la realidad del modelo de PPD en Argentina y circularon a través de distintos equipos de PPD. En el estudio fueron observados aspectos relativos a la historia sexual y reproductiva de las mujeres en cuestión, tales como aspectos obstétricos (partos, cesárea previa, partos anteriores al PPD), el itinerario de los nacimientos (parto vaginal, cesárea, finalización del parto, traslados). Preguntas de corte más cualitativo se centraron en los motivos por los que cada mujer eligió este modelo de atención, ponderando las características del PPD a partir de la percepción de las propias mujeres sobre esta experiencia. El cuestionario se centró sobre todo en determinar la viabilidad y seguridad del modelo, indagando sobre las elecciones de las mujeres, el impacto de la vivencia, su valoración subjetiva y emocional y el encuentro entre el modelo de PPD y el institucional. Se partió de la hipótesis de que el PPD en Argentina es garante de derechos, fortalece la autonomía y protagonismo



de la mujer/familia y tienen un impacto muy positivo en esas mujeres y familias y el vínculo entre ellxs.

Cuadro 1. Lugares donde sucedieron los nacimientos.



Fuente: Análisis de datos de Fortaleza 85

La edad promedio de las entrevistadas en el momento del nacimiento fue de 31 años. El 97,3% de los nacimientos ocurrieron entre el 2000 y 20018, siendo el primer nacimiento registrado en 1975. Como nota socio-antropológica cabe remarcar que aunque el estudio no se centra en indicadores socioeconómicos relativos a las mujeres (como nivel de educación, ingresos, condiciones de la vivienda donde se hizo el parto, si el local es urbano o rural, etc.), podemos reconstruir parte del perfil socio-económico de estas mujeres a partir de la ocupación-profesión de las mismas, que sí aparece consignada en los cuestionarios. Así mismo, marca un divisor de aguas en términos de clase la posibilidad de contratar los equipos pagos - cosa que es ofrecida de forma gratuita o prácticamente gratuita dentro del modelo público hospitalario, no domiciliario en todo el territorio argentino. En este sentido observamos que la condición que atraviesan las mujeres que deciden parir y tienen acceso a esta posibilidad en la actualidad se remite, por el momento y de forma mayoritaria, a una faja de mujeres de clase media y clase alta⁷.

⁷ Aquí cabe una reflexión sobre la necesidad de expandir las prácticas de *ciudadanía* a diferentes sectores sociales, a partir de una percepción crítica sobre lo que para cada grupo de mujeres significan los vínculos, prácticas de cuidado y autonomía corporal.



Desarrollo

Análisis de narrativas significativas

Consideramos que la dimensión cualitativa es la matriz de donde provienen las sistematizaciones cuantitativas de la información y, al mismo tiempo, es el espacio al que vuelven los datos cuantitativos a la hora de ser interpretados en marcos de sentido (Saltalamacchia, 1992). Por eso, aquí presentamos narrativas tomadas de las experiencias de los autores como parteras y mujeres que han parido en el PPD, y las analizamos colectivamente. Presentaremos ahora una narrativa de Lucrecia, una de las coautoras de este texto, con el objetivo de identificar nudos problemáticos que coloquen la dimensión significativa de la experiencia del PPD:

Decidí tener mi parto en modo PPD porque cuando me me embaracé por primera vez vivía en Acre, rodeada de amigas para quienes un PPD era la única alternativa posible. Decidí entonces explorar ese camino y cuanto más fui conociendo obstetras, instituciones y PPDs más me convencí de que quería un PPD. Sin haber pensado nunca en cómo sería mi deseo de parir y con total desconocimiento sobre partos, contacté equipos de parteras y decidí encarar mi parto con uno de ellos. En paralelo realicé consultas con la obra social, pero desde el primer contacto con las parteras supe que tales consultas serían solo para acceder al plan b (plan de traslado) y para los estudios. La voz de las obstetras se me hacía encarnadora del miedo, incluso cuando sus opiniones eran sinceras.

Una de ellas me llegó a decir que en el hospital pocas serían mis opciones de tener un parto como yo deseaba, otra me dijo que dado que mi hija pesaría 3, 5 kilos iría seguro a cesárea. El deseo se fue manifestando al conocer las opciones. Mi trabajo de parto fue doloroso, pero mágico. Amé pasar por una experiencia tan iniciática y única, por la animalidad de parir, de estar fuera del cuerpo dentro del cuerpo, con el cuerpo abierto, antes y después de parir. Supe siempre a pesar del cansancio y dolor que todo terminaría en un nacimiento. La compañía de las parteras sólo apuntaba a eso, y solo me inspiraba “espera”. Me sentí libre y tuve solo un tacto ya en medio del trabajo de parto, porque las contracciones estaban muy seguidas. Yo lo acepté.

Como la dilatación era baja acepté la sugerencia de meterme en la bañera, que respondía a mi deseo de horizontalidad y de dormir, Si bien yo tenía el control de la situación, también sentía que el control era de un tipo diferente al cotidiano. No era el control intelectual, ese estaba lejos. Pero mi control “animal” sí mandaba. Acepté la



sugerencia de meterme en la bañera y relajando, junto con la luna llena naciendo nació Janaina cuando menos lo esperaban les parteres. Tras esa experiencia maravillosa, años después me embaracé de mellizos, y solo me preocupé por que mi parto fuese PPD. Repetí la experiencia de asesoría con obstetras solo para planes b y estudios, realizando muchos menos estudios y concentrandome mucho más en mis sensaciones. Confié plenamente en el equipo, esta vez mayor y acompañado de amigas doulas. Decidí ritualizar más mi proceso, lo bailé y sacralicé, lo viví plenamente.

Durante el trabajo de parto estuve siempre cansada pero una vez más , segura, acompañada y cierta del final que tendría: dos nacimientos. Me moví mucho más que la primera vez y recibí mas masajes, no paré de pedir masajes y manos para apaciguar el dolor. Pero amé sumergirme en la luminosidad interna del trabajo de parto. Cuando me ofrecieron un tacto por mi cansancio, parece que mi cuerpo decidió parir a Caue. Y cuarenta minutos después, solito, salió Teo. En los tres nacimientos comí placenta y me pareció un regalo maravilloso. Atravesar la llegada de les hijes sin salir de casa, en la naturalidad del flujo de la vida, es único y maravilloso. El nacimiento sin hospital también cambió mi percepción de la necesidad de médicos, haciéndome creer mucho más en la autogestión de la salud y el cuerpo.

En la narrativa de Lucrecia es posible identificar ejes de sentido como deseo, autopercepción, vínculo, autonomía, construcción de la experiencia. Podemos visualizar que la elección del PPD se basó en vínculos de confianza construidos durante el parto, y que esta tendencia se fue ajustando de acuerdo con el nivel de información que recibió. Si bien ella no tenía un deseo previo ni una base sólida de informaciones, en la investigación que fue acompañando la vivencia de sus embarazos ella fue decidiendo optar por el PPD. Así, la convencional idea de la “dulce espera” gestacional se transformó en una espera activa, abigarrada de decisiones sobre sí y sobre los otros. En este camino, la opción a favor del PPD se fue perfilando hacia su concretización por ser considerado un modelo seguro y que proveía los cuidados necesarios para un parto.

En el segundo parto, Lucrecia dejó de considerar imprescindibles varios estudios y consejos médicos, relegando el papel de la medicina de riesgo a las situaciones que fueran, específicamente, consideradas de riesgo. En relación con otras mujeres de su misma ciudad, Lucrecia también se encontraba en una situación relativamente privilegiada, pudiendo optar por el parto que quería debido a sus redes de sociabilidad y al hecho de que en ese momento contaba con salario y



plan de salud. Mariana, otra de las autoras de este artículo, relata otra experiencia:

Yo no pude elegir como parir, parí como parieron mi madre y mi hermana, en una institución, y sin saber que había otras posibilidades, sin cuestionarme nada. Mi hermana, que había parido 6 meses antes que yo, me había contado sobre el dolor intolerable de las contracciones y sobre la episiotomía, y eso fué suficiente para generarme mucho miedo a la situación, al dolor. Y así fuí a parir, entregada a “lo que tenía que ser”. Mi parto fué como el de casi todas las mujeres, comenzó con mi traslado hacia la sala de parto en una silla de ruedas, luego me dejaron desnuda pero con una bata celeste de esas que se atan atrás, y llegó una enfermera que rasuró mi pubis, me hizo un tacto y dilató mi cuello uterino manualmente (de esto me dí cuenta varios años después!), al rato me puso suero intravenoso con oxitocina sintética, y trajo una palangana y rompió mi bolsa de aguas sin avisarme sobre lo que iba a hacer (en realidad en ningún momento nadie me informó de nada).

Al poco tiempo comenzaron las temidas contracciones intolerables de las que me había hablado mi hermana, mi cuerpo siempre sabio se movía, se agarraba de los barrotes de la cama y se agachaba, hasta que llegó la enfermera y me dijo despectivamente “Ay, parecés una india”! Ya no recuerdo si me hicieron más tactos o no, el dolor era tan intenso y la situación de estar ahí dentro tan solitaria y desagradable que hay cosas que quizás haya olvidado. Me llevaron nuevamente en silla de ruedas a la sala de partos, recuerdo tener mucho frío y sentir que nadie me escuchaba o reparara en mi necesidad. Ya estaba con dilatación completa, en la sala de parto me suben a la camilla, me recuestan y dicen que apoye mis piernas en esos fierros fríos e incómodos, imposible estar en trabajo de parto así!

En ese momento entra el padre de mi hija a la sala de parto, fué un alivio no sentirme más sola, aunque seguía teniendo frío, no me podía mover, tenía miedo y bronca. Me indicaron cuando pujar, yo no sentía ganas ni podía por la posición, de repente y sin previo aviso siento un calor en la vulva, era mi sangre, me habían cortado un labio. Enseguida de eso nació mi hija, yo temblaba, me la cercan para mostrármela y me dicen “mirá que linda que es tu hija”, e inmediatamente se la llevan. Seguí temblando durante un buen rato, seguía teniendo frío. Me llevan a la habitación, y una enfermera con otro recipiente y me pregunta si había salido la placenta, le digo que no, me pide que abra las piernas, mete su mano en mi vagina y saca la placenta, la sensación fue horrible, dolorosa, como si me hubieran revuelto todo dentro del vientre. Mi hija no llegaba, me empiezo a desesperar, a pedir que la traigan.



No sé cuánto tiempo pasa, cuando me la traen estaba bañada, cambiada, y dormida, ahí me vuelve el alma al cuerpo. Durante el transcurso de las primeras horas de vida de mi bebé se acerca una enfermera que observa y me dice que no se estaba alimentando bien, que no se estaba prendiendo bien, intenta explicarme pero pierde la paciencia ante mi inexperiencia, vuelve al rato y me pide a mi hija para llevarla a neonatología porque no la ve bien, al rato me la devuelven dormida y me dicen que le habían dado leche. Lloro, siento mucha angustia. Me prometo que no me la van a sacar más, y que me voy a ir lo antes posible de ese lugar. Una vez en mi casa fué terrible sobrellevar el dolor de la episiotomía, literalmente no me podía sentar, el corte había sido bastante profundo, el dolor dificultó mucho mi proceso de disfrute de las primeras semanas de vida de mi hija y de mi misma transformándome en madre. Durante esta experiencia fuí consciente todo el tiempo de que lo que sucedía no estaba bien, que parir no tenía que ser así, que había sido una experiencia violenta, pero no estaba lo suficientemente informada, sostenida y empoderada. En síntesis, esta experiencia terminó siendo el motor para iniciarme en el camino de las mujeres en círculo, de doula, aprendiz de partera, para poder compartir y acompañar a otras mujeres a transitar sus experiencias de gestación y parto de una forma más amorosa.

En el relato de Mariana, es posible observar cómo la experiencia de la violencia obstétrica vivenciada en el propio cuerpo se torna motor para la búsqueda de prácticas de cuidado reproductivo en otras mujeres, orientando incluso su labor profesional como doula. Aunque podríamos detenernos para extraer una serie de conclusiones significativas a partir de la riqueza de estas dos narrativas, queremos destacar aquí que las dos experiencias aquí presentadas se relatan como itinerarios de diálogo entre dos modelos de tratamiento de los procesos reproductivos: el hospitalario y el domiciliario.

En ambos relatos, es posible observar una percepción crítica del primero y una percepción positiva del segundo focalizando aspectos tales como el deseo, la autonomía, la red de apoyos y la búsqueda permanente de prácticas de cuidado de sí y de les otras como prácticas empoderadoras de la identidad de cuerpos gestantes, sujetas y profesionales. Aunque a nivel analítico podemos reconocer ambigüedades y limitaciones del PPD, como la accesibilidad limitada para diversos sectores de la sociedad y las dificultades de su articulación efectiva con el sistema de salud pública, es importante destacar que las experiencias presentadas tienen correlación significativa con los datos estadísticos mayoritarios que presentamos en la sección siguiente.



Aspectos clave del relevamiento

A partir del diálogo con las informaciones de tipo cualitativo, hemos decidido destacar aspectos específicos del relevamiento cuantitativo previamente descrito. En lo que hace a los móviles que llevaron a elegir este modelo de atención, las opiniones varían levemente. De esta manera, el 31, 2 % de las mujeres enuncia la elección del PPD a partir de una postura “no intervencionista”. Ello remite a una decisión de evitar intervenciones médicas innecesarias, como prácticas corporales violentas o invasivas, así como el uso extensivo de medicamentos. En seguida, el segundo móvil que remite a la elección de este modelo es la adecuación: un 28, 5 % encuentra este modelo acorde a sus necesidades. En tercer lugar, un 23, 5% de las mujeres colocan al PPD como una opción más segura y saludable que el modelo hospitalario.

En último lugar, un 11 % del grupo entrevistado eligió el PPD en base principalmente a experiencias institucionales negativas, o a partir de la experiencia de otras mujeres. Ello indica que - de la misma forma en que observamos en el relato de Lucrecia - las mujeres que deciden un PPD invierten considerable tiempo y energía en informarse, construir o reforzar su propia red de apoyos y tomar decisiones de forma sopesada y procesual. Estas tres características tienden fuertemente al empoderamiento de la propia percepción del cuerpo y sus potencialidades no sólo sexuales y reproductivas, sino también, nos atrevemos a colocar, sociales y existenciales.

En consonancia con esta información, ante la pregunta por la motivación de la elección del PPD predomina un centramiento en las propias necesidades y deseos de las mujeres en cuestión. Una importante fracción del total - el 94, 5 % de las mismas - considera que el equipo de PPD respetó su protagonismo y autonomía durante el proceso de atención, reforzando así la percepción de un apoyo sostenido a esta búsqueda de autonomía de las mujeres por parte del personal que las acompaña . En este sentido, el equipo profesional aparece representando no una amenaza a las decisiones de las mujeres, sino una fuerza que se organiza y media entre los conocimientos especializados y la vastedad de la experiencia propia de cada una de las mujeres.

Apoyando esta percepción, el 85,1% califica de excelente su experiencia del PPD. Más del 90% de las entrevistadas consideró que sus



dudas preparto y posparto fueron adecuadamente despejadas por los equipos, mientras que el 93% considera que el acompañamiento de los equipos fortaleció su autonomía y su toma de decisiones informadas. En este sentido, se denota que las mujeres entrevistadas construyeron un vínculo de confianza con los equipos que las acompañaron, cosa que repercutió en su vivencia del proceso.

Así, el 97, 2 % de las mujeres entrevistadas considera que la experiencia favoreció su autoconfianza y seguridad, mientras que del mismo universo el 96, 7 % considera que también alimentó su autonomía. El 98 % de las mujeres considera que el PPD benefició su intimidad y libertad, así como el 96, 2 % sustenta que esta vivencia fortaleció el vínculo con su hijo. Aquí cabe remarcar la consonancia entre la experiencia de PPD y las prácticas de promoción de la salud “de la madre y el niño” preconizadas por la OMS, donde se sugiere “capturar el momento” de la conexión entre ambos para facilitar prácticas de apego tales como la lactancia materna, colecho y otras (OMS, 2018).

Una casi absoluta mayoría de las mujeres entrevistadas encuentra efectos positivos en la experiencia de PPD para su vida. Del total del grupo, el 96, 7 % volvería a elegir un PPD. Por su parte, las mujeres que no volverían a elegir un PPD no efectuaron su parto en casa, sino que tuvieron traslado desde sus domicilios hasta el hospital. Este pequeño porcentaje (menos de un 4 % de las mujeres entrevistadas) es digno de reflexión: merece nuestra atención y nuestro trabajo consciente la necesidad de mejorar la coordinación entre el equipo que acompaña el PPD y el personal que recibe a las mujeres en trabajo de parto en los hospitales.

De los casos relevados, sólo un 13, 3% necesitó traslado para ella o su hijo y entre ellas el 75% dice que el equipo le brindó información pertinente y completa para poder elegir. Al expresarse sobre la calidad de atención durante el traslado, el 42,5% considera que la atención por parte del equipo de PPD fue excelente mientras que el 49,6 % considera que la atención por parte del personal de la institución de salud receptora fue pésima. Por su parte, para un 10,9% la atención del equipo de PPD durante el traslado fue pésima, lo cual implica en otro punto delicado a ser repensado por los equipos de PPD: la necesidad de redoblar los cuidados en esta situación de riesgo.

Cierta vivencia de “clandestinidad” del PPD se hace sentir al arribar a las instituciones del sistema de salud oficial en carácter de



urgencia. Un 41,1% no informó en la institución que había planificado un parto domiciliario, de entre ellas más de un 60 % no lo hizo por miedo al maltrato. El maltrato no es una condición meramente subjetiva de estas mujeres: de hecho, el 42,5 % de las trasladadas declara haber sufrido maltrato o discriminación en las instituciones de salud oficial, el 34,1 % declara haber sufrido intervenciones innecesarias y el 50,3% dijo que en la estadía en la institución le hicieron sentir o dijeron que había puesto en riesgo su vida o la de sus hijos. Estas experiencias expresan una ausencia de respeto de las decisiones de las mujeres en la institución.

La necesidad de mejorar la coordinación entre el equipo que acompaña el PPD y el personal que recibe a las mujeres en trabajo de parto en los hospitales nos lleva al necesario trabajo en dos frentes: por un lado, al trabajo de fortalecimiento interno del modelo del PPD entre mujeres, sus vínculos más cercanos y los equipos profesionales que acompañan el proceso - una labor que sucede al nivel de las micropolíticas de *ciudadanía*. Por otro lado, el trabajo de elevar las demandas al Estado para que el PPD sea reconocido como modelo digno, deseable y seguro, reforzando modelos jurídicos y políticos más amplios de *ciudadanía* que interpelen a las instituciones de salud oficial y a los profesionales que trabajan dentro de éstas⁸.

Es indispensable generar mecanismos de articulación fluidos y que resguarden el bienestar y derechos de la mujer y familia que requieren de traslados. La falta de esta articulación pone en riesgo a la mujer y bebé, no solo en los casos en los que al ingresar a la institución se despliegan sobre ellas conductas aleccionadoras que se traducen en discriminación, maltrato, sobre intervención, sino porque sucede que por miedo a la violencia que pueda desplegarse en la institución las mujeres y/o los equipos retrasan los traslados oportunos entrando una línea muy fina donde el bienestar se pone en juego. Además de situaciones en los que la mujer, aunque el reporte de bienestar materno-fetal es idóneo, ya no se siente cómoda en su casa, o no se siente bien acompañada y aún así se queda en su casa por miedo al ingreso a la institución, lo que transforma su experiencia en un evento forzado.

⁸ Sostenemos que esas demandas, elevadas al Estado y sus legisladores, deben ser enfáticas. Sin embargo, también postulamos que el diálogo debe ser honrado y cultivado en todas las instancias de este proceso, a fin de no crear un “Leviatán” imaginario que, en la práctica, está constituido por personas que realizan sus trabajos dentro de un sistema de la manera en que les fue enseñada. Así, el foco continúa siendo confrontar al sistema médico hegemónico, y no, apriori, a las personas que trabajan en él.



Otra sección del estudio revela que el 71 % de las mujeres realizó controles con profesionales obstétricos del sistema médico, excediendo al equipo de PPD. De manera general, se enfatiza la necesidad de esta articulación por cuestiones de orden que podríamos llamar de práctico-burocrático: menos gastos financieros y un mayor acceso a la información. Así, el 60,5% de estas mujeres procuró el apoyo de personal fuera del equipo PPD privilegiando la posibilidad de acceso a estudios y órdenes médicas mientras que el 27, 2 % de las mismas enfatiza en el deseo de cultivar una buena articulación del plan alternativo de traslado. De esta manera, podemos observar que, desde la perspectiva de las usuarias que eligen un PPD, también existe una agencia direccionada a la articulación y el diálogo entre los sistemas. De los dos últimos conjuntos de datos presentados, es posible deducir que quienes eligen PPD no se oponen al sistema médico oficial de forma a priori, radical e irreflexiva, sino que lo consideran un apoyo práctico-burocrático en el proceso del embarazo así como una alternativa necesaria en caso de que el parto resulte calificado como de riesgo. En Argentina en los ámbitos profesionales circula un sentido común que establece rivalidad entre el PPD y modelo institucional, lo que deja a las mujeres en el medio de los conflictos entre los distintos profesionales.

Podemos observar que el 59,9 % de las entrevistadas tuvo más de seis consultas prenatales con los profesionales de PPD, el 77, 8 % compartió con los equipos otros encuentros, el 95,7 % tuvo seguimiento posparto, y el 81,2 % de las trasladadas a institución tuvo seguimiento posparto con el equipo de PPD. Así, se observa que la construcción de vínculos cercanos y fluidos es fundamental para equipos y mujeres en el PPD. En el caso de sugerencias durante el trabajo de parto y posibilidad de intervenciones rechazadas, los equipos han tendido a aceptar y dar otras alternativas, siendo menos del 15% los casos en que los equipos que se molestaron o incomodaron ante el rechazo de sugerencias por parte de las mujeres.

Otra cifra significativa es la baja tasa de cesárea (5,1%) y de ingreso en neonatología (2,8%) de los casos analizados, de lo cual se infiere que el papel de la mujer en su nacimiento y su decisión son factores fundamentales y que en contextos de cuidado y respeto las intervenciones más radicales se tornan necesarias en una minoría de los casos. En el 99, 2 % de los casos, las mujeres amamantaron a sus hijos, y el 47, 8 % de los casos lo hicieron más de dos años. Esta información nos



provee de indicadores relevantes desde una perspectiva integral de la salud de la díada madre-hije.

A partir del análisis de estas informaciones podemos concluir que, de forma general, el PPD estimula la autonomía y poder de decisión a lo largo del continuum de los procesos reproductivos femeninos - embarazo, parto, lactancia, puerperio -, notándose una importante presencia de cuidados en la mayoría de los casos y en la mayoría de los aspectos (información satisfactoria, consulta, percepción de autonomía por parte de las mujeres, deseo de repetir la experiencia en el caso de nuevos partos, entre otros indicadores cualitativos). El PPD es elegido por las mujeres por desarrollarse en un ambiente y con personas conocidas, propiciando la autonomía y toma de decisiones. Considerando la lectura las bajas tasas de traslado, de cesárea y de neonatología puede observarse que en el PPD se basa en una correcta práctica obstétrica. Las mujeres que eligen el PPD manifiestan que los equipos propician en ellas confianza y seguridad en el proceso y las capacidades propias y del/a hije para atravesarlo. Los índices de lactancia exitosa también son elocuentes sobre el efecto del parto en un vínculo fluido entre madre y bebé. Las bajas tasas de neonatología también demuestran que el PPD favorece sistema inmunológico y la microbiota del/a bebé. Finalmente, en el relevamiento es posible observar una ausencia casi total de situaciones vinculadas a violencia obstétrica, tales como prácticas no consensuadas, maltratos, incómodos y experiencias negativas sobre el vínculo con los equipos de PPD.

Consideraciones finales: El PPD como enclave de ciudadanía

En el presente texto, indagamos a partir de un abordaje cuali-cuantitativo acerca de las potencialidades y limitaciones del modelo del PPD en el marco de la construcción de una ciudadanía inclusiva. En el relevamiento de datos, por un lado, y el análisis dialogado con los dos relatos de experiencia se destaca que en los procesos de PPD observados hay una cuidadosa construcción procesual de la autonomía femenina, y que esta construcción no se da en soledad, sino a partir del refuerzo de prácticas adecuadas y vínculos positivos entre las mujeres y el personal profesional especializado - parteras, obstetras, doulas.



Así, el modelo de PPD que surge a partir de los casos analizados parece proponer un sistema fluido de circulación de cuidados, donde la consulta, la información y la decisión de las mujeres está en el centro del modelo de atención, y donde el factor “riesgo” parece ser solo uno de los aspectos a tener en cuenta. Desde la perspectiva de los equipos especializados que hacen posible el PPD, la mujer en trabajo de parto, es la verdadera protagonista del proceso. Así, se considera a la mujer integralmente, intentando captar su lógica y su inteligencia corporal (Barlett, 2002: 8). En el modelo de PPD, el profesional deja de ser el sujeto de control, cuestionando la concepción dicotómica, propia del modelo biomédico, donde se coloca a las mujeres en el polo irracional y a los profesionales en la toma de decisiones⁹. Asimismo, las bajas tasas de traslado, de cesárea y de neonatología que se observaron denotan una correcta práctica obstétrica, una práctica segura y un ejercicio en construcción de un modelo vivo de ciudadanía.

La publicación de estos datos busca aportar a la toma de decisiones al interior y entre los sistemas de salud. Resulta importante ampliar la posibilidad de colocar el PPD a disposición de más mujeres, considerando las ventajas y potencialidades de este modelo como un aporte posible a las políticas de salud y los derechos humanos. Los resultados señalan la necesidad de buscar alternativas prácticas para mejorar el diálogo con el modelo médico hegemónico oficial - una tarea nada fácil desde la práctica del PPD, sistemáticamente subalternizada. El diálogo con los espacios hospitalarios oficiales se orienta a que los cuidados propiciados en el PPD se puedan convertir en una política de autogobierno del cuerpo y de los derechos reproductivos centrados en torno al cuidado (*cuidanía*), considerando inclusive aquellos partos realizados en instituciones.

Como corolario al presente análisis, sostenemos que el PPD bajo estudio se presenta como una alternativa a los partos en instituciones convencionales, conformándose en una opción segura, deseable y potencialmente significativa desde la perspectiva de las mujeres que lo han elegido. El PPD que surge del presente abordaje prioriza el cuidado, el respeto por los vínculos, la autonomía, el protagonismo y el empoderamiento de las mujeres sin por ello oponerse a los saberes médicos y a las intervenciones necesarias.

⁹ Estas categorizaciones basadas en dicotomías esencialistas y jerárquicas que colocan a las mujeres y a la naturaleza en un polo pasivo, contra la sociedad y los hombres en el polo activo y dominante (Fernandez Oyero, 2003).



A manera de nota final, destacamos que nos posicionamos así a favor de modelos de atención que contemplen el cuidado en cualquier contexto. De esta manera, pensamos que a pesar de que el PPD puede ser considerado un enclave de prácticas *cidadanas*, las prácticas de cuidado también se encuentran, necesariamente, más allá de esta práctica. Así, abogamos por la consideración de miradas que procuren enclaves de *cidadanía* dentro de las redes informales de sistemas de salud no oficiales (como los contextos tradicional y alternativo) y aún dentro del propio sistema de salud oficial. Así, la *cidadanía* no se propone como un modelo excluyente de prácticas que no están dentro del propio PPD, sino como una mirada que engloba de forma integral la salud, el deseo y el bienestar de las mujeres y cuerpos gestantes de diversas inserciones de clase, étnico-raciales, regionales, etáreas etc. Al mismo tiempo, la construcción práctica de formas de *cidadanía* nos alerta para las violencias del presente.

Desde el encuadre ético, político y epistemológico de los derechos reproductivos como derechos humanos, señalamos la importancia de sustentar construcciones de autonomía corporal a través de las estrategias empleadas por las mujeres y sus pares para enfrentar situaciones límite, prácticas violentas e instancias de violación de derechos en todos los contextos de atención a los nacimientos. Finalmente, nos insta a repensarnos desde los parámetros de una seguridad aliada a la autonomía, el deseo y el sentido de las experiencias, tanto de aquellas ya vivenciadas como de aquellas que están por ser vividas.

Referencias

ALER, I. Transformar la ciudadanía en ciudadanía. Entrevista con la Revista *Matronas Profesión*. v.12 . n. 1. , p. 28-30. 2011. Disponible en: <http://www.tenemostetas.com/2011/10/isabel-aler-transformar-la-ciudadania.html>.

BELLI, L.F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista red Bioética*, UNESCO, v. 1, n. 7, p. 25-34,2013. Disponible en:<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/images/RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf> Acceso en :26 de noviembre, 2018.



CANEVARI BLEDEL, C. *Cuerpos enajenados*. Experiencias de mujeres en una maternidad pública. - 1a ed. - Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE, 2011.

CASTRO, R., ERVITI, J. *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. UNAM, 2015. In: https://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/E15_11_o.pdf

DAVIS-FLOYD, R. *Perspectivas Antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Editorial Creavida , 2009.

EVANS, T. et al. *Desafío a la Falta de Equidad en la Salud*. Washington DC: Fundación Rockefeller, OPS/OMS., 2002.

FERNÁNDEZ GUERRERO, O. Cuerpo, espacio y libertad en el ecofeminismo. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, v.27,n.3, jul./dic.,2010. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18113757014>> ISSN 1578-6730. Acceso en :1 de enero, 2019.

FLACSO, UNICEF. *Integración de la perspectiva de derechos y género en las maternidades públicas argentinas. Guía informativa para la implementación del dispositivo "Te escucho" en las Maternidades Públicas*. 2015. Disponible en http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2013/08/SALUD_2015_Te_Escucho_Booklet.pdf

GILLIGAN, C. *La ética del cuidado*. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols , 2013.

GRAHAM, H. *Social divisions in caring, Women's Studies International Forum*, v. 16, n. 5, p. 461-470, sep./oct.,1993.

HARAWAY, D. *Ciencia, Cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, 1992.

KINSER, A., (Ed.). *Mothering in the Third Wave*. Toronto: Demeter Press, 2008.

ARGENTINA. *Ley n°25.929, 21 de septiembre de 2004*. Derechos de padres e hijos durante el nacimiento. Boletín Oficial, Republica Argentina, Bs. As. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm> . Acceso en: 22 de noviembre de 2018.



ARGENTINA. *Ley n° 26.485, de 1 de abril, 2009.* Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>. Acceso en: 20 de noviembre 2018.

LUTZ, E. *Provocaciones de una partera.* Montevideo. Dic., 2017. Disponible en: <https://arnaldogomensoro.files.wordpress.com/2018/01/provocaciones-de-una-partera.pdf>). Acceso en :22 de diciembre,2018.

MENÉNDEZ , E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.* Buenos Aires,30 de abril, 1988. Disponible en:<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a28.pdf>. Acceso en: 12 de agosto 2018

ODENT, M. El nacimiento y los orígenes de la violencia. *Revista Obstare*, n.7, p. 46-50,2002.

ODENT, M. *El bebé es un mamífero.* - 1a ed. – Buenos Aires: Editorial Madreselva, Buenos Aires, 2011.

OMS. *Capturar el momento. Inicio temprano de la lactancia materna:* El mejor comienzo para cada recién nacido. New York: UNICEF, 2018.

RAMOS, S., ROMERO, M., ORTIZ, Z, BRIZUELA, V. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires. *Archivos argentinos de pediatría*,v.113,n.3, p.510-518, dic., 2015. Disponible en <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.510>. Acceso en: 23 de diciembre,2018.

ROSEMBERG, P., ZERBO, M. C. *Propuesta de gestión de políticas públicas orientadas a garantizar derechos Raíces: Maternidad Estela De Carlotto.* Buenos Aires: Mora, v.23, n.1, p.170-177,2017. Disponible en : http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2017000100013&lng=es&tlng=es. Acceso en :26 de diciembre,2018.

SALTALAMACCHIA, H. *Historias de vida: reflexiones a partir de una experiencia de investigación.* Puerto Rico: Ediciones CIJUP, 1992.

SOLINGER, R. *Beggars and Choosers: How the Politics of Choice Shapes Adoption, Abortion, and Welfare.* New York: Hill and Wang, 2001.



O Parto Planejado em Domicílio como Prática de *Cidadanía*: levantamento quali-quantitativo de experiências em Argentina (2000-2018)

RESUMO: O presente texto discute, a partir de uma perspectiva quali-quantitativa, o modelo de PPD (Parto Planificado em Domicílio) como prática de *cidadanía* na Argentina, apresentando-o como um modelo social, político e jurídico passível de ser construído a partir de práticas de cuidado, nesse caso, aquelas relativas aos processos reprodutivos femininos. A análise quantitativa se baseia em um levantamento sobre nascimentos realizados na modalidade PPD na Argentina entre os anos 2000 e 2018. A análise qualitativa se sustenta com o trabalho interpretativo das narrativas de duas mulheres, também co-autoras deste texto, observando as particularidades de seus partos e a construção de suas subjetividades no marco desses processos. Em primeiro lugar, destaca-se que nos casos de PPD estudados predomina a construção vincular de uma lógica de “cuidados”, sendo pouco significativo o índice registrado de práticas de violência obstétrica. Em segundo lugar, indagamos nas limitações e potencialidades do modelo PPD no contexto de uma cidadanía inclusiva, colocando a necessidade de instrumentalizar alternativas para estabelecer um diálogo assíduo com o modelo hospitalar, médico hegemônico e oficial. Finalmente, argumentamos que o PPD sob estudo se apresenta como uma alternativa desejável, segura e significativa desde a perspectiva das mulheres que o têm escolhido.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados. Violência obstétrica. Argentina. Cidadanía. Parto Planificado em Domicílio.

Lucrecia Raquel Greco

Antropóloga. Professora Visitante Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal da Bahia. Performer e investigadora de butoh y técnicas corporales. Maternante de tres y aprendiz.

Ana Gretel Echazu Böschemeier

Mãe, feminista, antropóloga e antiproibicionista. Professora Adjunta Departamento de Antropologia e Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

Mariana Abbatizzi

Doula awaïke, cuidadora e investigadora autônoma. Madre de uma filha, doula, trabajadora del museo etnográfico Juan B Ambrosetti, profesora de yoga anarcofeminista.

**Violeta Osorio**

Feminista, activista. Integrante de Fortaleza'85, Las Casildas, el OVO. Co-autora del libro "Mujeres invisibles. Partos y patriarcado". Co-autora del libro infantil "Nacer en casa: el viaje del nacimiento".

Regina Ricco

Antropóloga, Máster en Estudios Socioambientales, Doctoranda en Salud Colectiva. Trabaja en el Sistema de Residencias y es Técnica en Programa de Derechos Sexuales y (no)Reproductivos en la Provincia de Buenos Aires.

Francisco Saraceno

Licenciado en obstetricia. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Docente en la facultad de medicina de la UBA. Colabora en la coordinación de obstetricia del partido de la Matanza. Forma parte del programa de médicos comunitarios. Integrante del OVO (Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina). Co-autor del libro "Mujeres invisibles. Partos y patriarcado".

Recebido em: 08/02/2019

Aprovado em: 16/10/2019