

Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogota D.C.

Catalina Borda Villegas

Nutricionista, M. Sc. Salud Pública. Tel: 6250423. E-Mail: caborda@tutopia.com

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo hallar explicación a la ocurrencia de partos domiciliarios en Bogotá y aportar al conocimiento de la problemática relacionada con la salud materna y del recién nacido. El método utilizado fue la investigación cualitativa. Se entrevistaron 105 mujeres habitantes de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 en 9 Localidades de Bogotá, en los años 1999 y 2000. Los hallazgos dan cuenta de las motivaciones y circunstancias por las cuales ocurrió el parto domiciliario desde la percepción y las vivencias de las mujeres entrevistadas, las consecuencias derivadas de éste, el uso de los servicios de salud durante la gestación y el posparto, la percepción de riesgo de las mujeres y el conocimiento de derechos en salud. Entre los factores condicionantes se destaca la seguridad y bienestar que proporciona el hogar, el miedo y desconfianza hacia los médicos y los hospitales, las deficiencias de los servicios en la atención del parto y la falta de afiliación de las gestantes al SGSSS. Finalmente se identificaron 4 tendencias en los discursos de las mujeres entrevistadas: resistencia ante el modelo médico occidental, reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos, inequidad en el acceso a los servicios de salud, búsqueda de seguridad y bienestar para el parto.

Palabras Claves: Parto domiciliario, percepción de la calidad de los servicios, equidad en salud, derechos sexuales y reproductivos, salud materna.

ABSTRACT

Factors conditioning domestic childbirth in Bogotá, D.C.

This paper presents the different motivations and circumstances under which childbirth has occurred from the perceptions and experiences of women who were interviewed. The conditioning factors can be classified into

cultural aspects, socioeconomic conditions and quality of health services. Barriers to access for institutional attention of childbirth, attitudes and practices of women and midwives and the consequences derived from this event are identified. An enquiry was carried on women's perceptions of domestic childbirth. Four trends were identified in women's arguments: Resistance to western medical models, defense of sexual and reproductive rights, inequity in access to health services, search for safety and well-being during labor.

Key Words: Domestic labor, perception of quality of services, equity in health, reproductive and sexual rights, maternal health.

El parto en casa ó parto domiciliario tiene como marco la salud materna y perinatal, la cual ha experimentado cambios importantes en su conceptualización, al pasar de la mirada del binomio madre hijo y el control de la natalidad al análisis de la salud sexual y reproductiva, integrando aspectos sociales, culturales, demográficos de desarrollo y de género.

El presente trabajo se justifica partiendo de la necesidad de aunar conocimientos que conduzcan a construir una modalidad de atención y de intervención que represente una verdadera alternativa a la salud integral de la mujer. Esto pasa necesariamente por el cuestionamiento al modelo médico occidental, el cual reproduce los vicios de una sociedad patriarcal y desconoce la perspectiva de género.

El paradigma ha girado en torno a que una de las condiciones importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto de la gestación como del parto, el puerperio y el recién nacido. Así mismo, es bien sabido que el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes acarrea un riesgo importante para la salud de la madre, del neonato ó de ambos.

La mortalidad materna ocurrida en casa se ha relacionado principalmente con complicaciones del parto, hemorragias y sepsis. En América Latina y El Caribe, 3'240.000 gestantes no tienen control del embarazo y 3'440.000 no reciben atención institucional para el parto (1). De acuerdo a la OPS: "existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la Región, como Guatemala y Honduras, más del 50 % de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa, sin recibir atención alguna en una institución de salud". Sólo el 53 % de todos los partos en el mundo es atendido por profesionales de salud o personal de salud calificado. El 75 % de los partos en América Latina y El Caribe son atendidos por personal calificado.

La Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud de Profamilia 1990 reportó que en el país 22 % de los niños nacieron en el hogar. Para Bogotá el 7 %. Esta misma encuesta para 1995 muestra cifras nacionales de 22,6 % y de 4,4 % en Bogotá. Para el año 2000 estas cifras bajan a 12,3 % para el país y 2,4 % para Bogotá (2). Según lo anterior el parto no institucional en Bogotá ha disminuido en forma sostenida en los últimos 10 años. Según el estudio realizado, por Peñuela y colaboradores en Bogotá sobre las muertes maternas ocurridas entre Junio de 1995 y Julio de 1996, el 3,4 % de éstas fueron partos atendidos en casa (3)

Paralelamente a esta mirada, existen otras que reivindican el parto domiciliario como una forma de recuperar el dominio del proceso reproductivo por parte de las mujeres, potenciando resultados exitosos para la salud materna. También se encuentran organizaciones que luchan explícitamente por la humanización de los servicios de salud e igualmente defienden el parto domiciliario como opción. Es el caso de la Colectiva del Libro de la Salud de las mujeres de Boston (4).

METODOLOGÍA

Se utilizó como método principal la investigación cualitativa, por considerarlo particularmente útil y pertinente cuando se trata de indagar acerca de las percepciones de las personas y buscar la explicación a un aspecto específico del comportamiento humano (5). La investigación cualitativa conlleva un proceder hermenéutico en el cual lo que “en las ciencias empíricas era el control sistemático de hipótesis es reemplazado por la interpretación de textos, y donde el interés determinante es conservar y ampliar la ínter subjetividad en la comprensión orientadora de posibles acciones” (6). La indagación se centró en los factores que determinaron la decisión o la circunstancia por la cual se produjo el evento en cuestión.

Población estudiada

Se entrevistaron 105 mujeres habitantes de barrios populares correspondientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 pertenecientes a 9 localidades de Bogotá a saber: Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Puente Aranda, San Cristóbal, Suba y Chapinero. Todas estas mujeres tuvieron por lo menos un hijo en la casa. Los nacimientos ocurrieron entre 1990 y 1999. El 79 % de éstos ocurrieron entre 1994 y 1999.

Formulación de las categorías deductivas

Las categorías deductivas son los tópicos del problema derivados de las preguntas de investigación. Estas categorías constituyen la base para el desarrollo de las siguientes fases en la investigación cualitativa. A continuación las categorías deductivas del estudio:

- Influencia familiar y de personas cercanas.
- Motivo principal del parto en casa.
- Satisfacción del parto en casa.
- Consecuencias derivadas del parto en casa.
- Embarazo, control prenatal y control posparto: uso de los servicios de salud.
- Percepción de la calidad de los servicios.
- Afiliación al sistema de salud.
- Percepción del costo y acceso económico para atención del parto en institución de salud y en casa.
- Acceso geográfico a servicios de salud.
- Conocimiento de derechos de las gestantes y recién nacidos.
- Percepción del parto en casa y percepción del riesgo.

Diseño de los instrumentos

Como instrumento central para la recolección de la información fue utilizada la entrevista semiestructurada, la cual contempla únicamente preguntas abiertas, organiza y formaliza el proceso de recolección, ya que establece los tópicos, el orden y la forma como deben plantearse las preguntas. La entrevista combinó preguntas acerca de experiencias o comportamientos, opiniones, sentimientos, conocimientos y sensaciones. En forma complementaria se diligenció una encuesta que contempló algunas características sociodemográficas de la población. Este formulario fue diseñado con base en las variables que plantea el certificado de nacido vivo que trabaja actualmente el DANE.

Recolección y procesamiento de la información

La fuente primaria y más importante la constituyó el testimonio de las mujeres. Se emplearon estrategias basadas en redes comunitarias, con el apoyo de líderes en salud para acceder a las mujeres. Todas las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento. Una vez transcritas las entrevistas se procedió

a dar lectura a los textos completos. Para el manejo de los datos cualitativos se llevó a cabo tres fases a saber: categorización inductiva, análisis e interpretación de los datos cualitativos y construcción de sentido. La fase de categorización inductiva busca ordenar los datos en torno a patrones de respuesta que reflejen los principales parámetros culturales en el grupo de mujeres estudiado. Aquí se inicia el proceder hermenéutico, la interpretación de los discursos de las mujeres y se procede a codificar y categorizar los hallazgos. Se realizó el análisis horizontal de las entrevistas tomando los discursos y relatos hechos por las mujeres en cada una de las preguntas. Luego se extrajeron textualmente aquellas proposiciones que daban respuesta claramente a cada pregunta. Las proposiciones son los datos del estudio. Estos datos fueron consignados en hojas de cálculo en el programa Excel. A medida que se trabajaban los datos se fueron categorizando dándole una denominación que lo representase lo más fielmente posible. Así se conformaron las categorías inductivas. El paso siguiente consistió en verificar su homogeneidad interna y que fuesen mutuamente excluyentes. Se tuvo en cuenta el número y porcentaje de proposiciones en cada una de las categorías inductivas. De esta fase resultaron 30 matrices, de las cuales se muestra una, a manera de ejemplo, en la Tabla 1. En la fase de análisis descriptivo e interpretación de los datos cualitativos, se llevó a cabo una recomposición de los datos organizados en los archivos de la fase anterior estableciendo relación entre variables y respondiendo a cada una de las preguntas del estudio. Para responder la pregunta al motivo principal por el cual ocurrió el evento se clasificaron los datos, previamente agrupados en categorías inductivas, así: aspectos culturales, calidad de los servicios de salud y condiciones socioeconómicas.

RESULTADOS

Se entrevistaron 105 mujeres entre los 15 y 42 años de edad. El 26,6 % eran menores de 20 años y el 62 % estaban entre los 20 y 35 años. La media de hijos nacidos vivos fue de 3. El 16,3 % de las mujeres eran primíparas lo cual constituye un factor de riesgo para el parto domiciliario. El periodo intergenésico presentó una media de 39 meses. El 35% de los nacimientos tuvo un periodo menor ó igual a 2 años y el 19 % mas de 5 años. Llama la atención 5 casos con más de 9 años. El 80 % de las mujeres vivían con su pareja, ya sea en unión libre ó casadas. El 20% restante eran solteras, viudas ó separadas.

El 59 % de las mujeres no tenía afiliación al SGSSS. El 41 % eran afiliadas a alguno de los dos regímenes, siendo mayor el régimen subsidiado (33,3 %). El 42,9 % de las mujeres estudiaron secundaria incompleta, 3 mujeres no asistieron a la escuela. El 50,4 % de las mujeres y el 52,3 % de los hombres no alcanza el bachillerato.

Tabla 1. Ejemplo de componentes de la matriz de la categoría deductiva motivo principal

Proposiciones agrupadas por temas	Categorías inductivas
Yo soy muy celosa, no me gusta que nadie esté al pie mío yo como que me pasmo. No me gusta que nadie este ahí, yo por mi, entro y cierro la puerta.	Actitud personal frente al parto.
Mi mamá es la que siempre me los recibe. Mi mamá ya había recibido a unos sobrinos entonces yo me sentía segura con ella.	Atención del parto por parte de la mamá.
Uno va al hospital y lo atienden mal; ven que ya tiene los dolores ahí y no lo atienden bien. En el hospital lo dejan a uno que sufra sola.	Mala atención en los hospitales.
Por miedo o por pena, nunca los he tenido en el hospital. Yo le tengo mucha desconfianza a los doctores.	Miedo y desconfianza a los hospitales y a los médicos.
Porque la señora que me atendió me brindó la confianza. Mis hermanas habían tenido los niños ahí, me dijeron que ella las atendía bien.	Confianza en la partera
Porque me siento más segura. Uno cree que es lo mejor y entonces sí. Yo dije yo no voy a tenerla en el hospital, y así como dije, la tuve. - sería por costumbre? Si, por eso.	Convicción, costumbre, experiencias positivas y recomendaciones.
En el hospital me habían dicho que me tenían que hacer cesárea y eso si yo no lo quería.	Decisión médica cesárea
Yo ya tuve una cesárea, me hicieron una cortadura pero grandísima eso me quedó esa barriga feísima. Con el primer niño, fui al hospital y allá me regañaron y me mandaron para la casa, y el niño nació esa noche.	Experiencia previa negativa en hospital (incluidas cesáreas).
Yo no estaba afiliada a una seguridad social ni a una EPS entonces mayor facilidad en la casa que no tengo que pagar. No tenía seguro ni nada en ese momento.	Falta de afiliación al SGSS
Yo no vivía con el papá del niño. Yo estaba sola.	Falta de apoyo.

El 65,7 % trabajaban en el hogar. El 14,3 % eran empleadas domésticas, 16 % trabajaban en diversas oficios. También hubo 3 estudiantes. El 69,5 % de las mujeres no tuvo ingreso y el 21 % tuvo menos de 1 salario mínimo mensual. El 30,5 % de los esposos gana menos de 1 salario mínimo. Los nacimientos ocurrieron entre los años 1990 y 1999. El 79 % ocurrieron en los últimos 5 años (entre 1994 y 1999).

Factores condicionantes del parto domiciliario

El motivo principal por el cual ocurrió el parto en casa se presenta en la Tabla 2, clasificados en tres grupos según criterio de la investigadora: aspectos culturales, calidad de los servicios de salud y condiciones socioeconómicas.

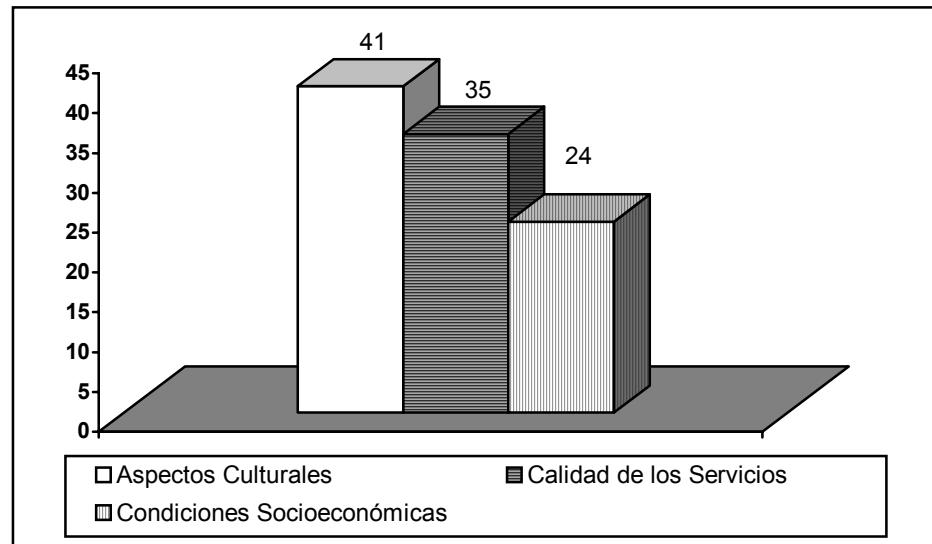
Tabla 2. Clasificación de las categorías inductivas según tipo de factor condicionante

	Motivo Principal
Aspectos culturales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitud personal con respecto al parto: rechazo a desnudarse en presencia de hombres y necesidad de privacidad para dar a luz. ➤ Convicción, costumbre, experiencias previas positivas y recomendaciones recibidas. ➤ Aspectos positivos del parto en casa. ➤ Confianza en una partera conocida. ➤ Rechazo a la cesárea. ➤ Trabajo de parto no reconocido. ➤ Desconocimiento del tiempo de gestación. ➤ Intención de involucrar al esposo en el parto.
Calidad de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mala atención en los hospitales. ➤ Miedo y desconfianza a los hospitales y a los médicos. ➤ Experiencia previa negativa en hospital (incluidas cesáreas). ➤ Mujeres devueltas del hospital por consideración médica.
Condiciones socioeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de afiliación al SGSS. ➤ Falta de apoyo y ausencia de redes sociales. ➤ Falta de recursos económicos. ➤ Problemas de transporte para llegar al hospital.

Los aspectos culturales presentaron el mayor porcentaje de proposiciones, seguido de los aspectos relacionados con la calidad de los servicios y las condiciones socioeconómicas (Figura 1). Este comportamiento presentó di-

ferencias al analizarlo según la opción tomada previamente por las mujeres con respecto al sitio del parto (Figura 2).

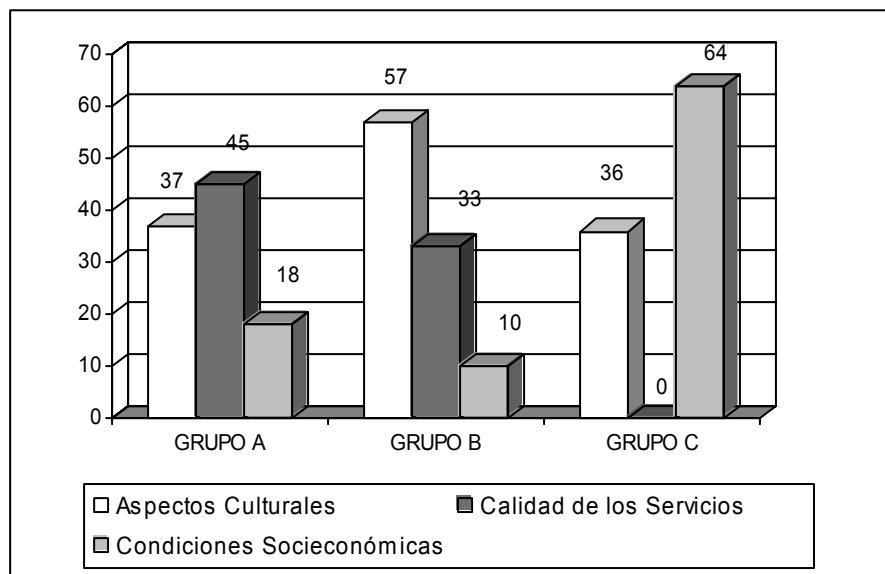
Figura 1. Distribución (%) de las proposiciones según factor condicionante



Las mujeres que tenían previsto el parto en casa corresponden al grupo A, el grupo B está compuesto por las mujeres que tenían previsto el parto en el hospital y el grupo C está constituido por aquellas que no habían previsto ninguna de las dos opciones. Para el grupo A, el mayor peso porcentual está dado por las proposiciones que argumentan la mala calidad de los servicios de salud, seguido de los aspectos culturales y las condiciones socioeconómicas. Para el Grupo B el factor más importante cuantitativamente es el de los aspectos culturales, le sigue en orden descendente la calidad de los servicios de salud y por último las condiciones socioeconómicas. En el Grupo C las condiciones socioeconómicas, tienen un peso porcentual muy importante y diferente a los grupos A y B. Los aspectos culturales tienen un comportamiento similar al grupo A y no aparecen proposiciones alusivas a los servicios de salud.

A continuación se presentan los hallazgos más importantes clasificados en aspectos culturales, calidad de los servicios de salud y condiciones socioeconómicas.

Figura 2. Distribución porcentual de los factores condicionantes según grupo



Aspectos culturales

El 77,6 % de las mujeres entrevistadas expresaron haber vivido experiencias de partos en casa, ya sea por parte de sus familiares cercanas (abuelas, tíos y mamá) ó por ellas mismas.

Según los comentarios escuchados provenientes de sus madres y abuelas, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

Uno de los factores con mayor fuerza explicativa fue la convicción por parte de las mujeres de que el parto en casa es lo mejor y lo más natural, valorando las vivencias y consejos de las madres y abuelas y experiencias propias exitosas. Se valoraron los aspectos positivos del parto en casa representados en la seguridad, tranquilidad y confianza que da el hogar.

Se presentaron tres casos de mujeres que optaron por buscar a una parttera ante la decisión médica de practicarles cesárea.

En otras mujeres los síntomas del trabajo de parto pasaron desapercibidos ó los familiares subvaloraron las apreciaciones de ellas con respecto a lo que sentían, interpretándolo como problemas emocionales. Se manifestó también el temor a ser devueltas del hospital y a desacatar las indicaciones precisas del médico con respecto a los hechos que acompañan el trabajo de parto y que indican el momento en el cual se debía acudir.

Llama la atención las mujeres que expresaron haber propiciado el parto en casa con el fin de involucrar a sus esposos en el evento, argumentando que de esta manera podían establecer vínculo afectivo tanto como pareja como con el hijo.

Calidad de los servicios de salud

La percepción negativa de los servicios de salud fue un factor importante para optar por el parto en casa. Se evidenció una clara insatisfacción en el ámbito de la relaciones interpersonales: usuarias – personal de salud (maltrato verbal, abuso, humillación). Además manifestaron inconformidad en aspectos técnicos de la atención. Varias de estas percepciones se basaron en experiencias previas negativas vividas en los hospitalares, incluyendo las cesáreas.

El miedo y la desconfianza a los hospitales y a los médicos apareció con mucha fuerza. Las mujeres expresaron sentir pánico de lo que les pueda suceder en un hospital. Se manifestó en algunos casos como un riesgo. Las mujeres plantearon la imposibilidad de establecer diálogo con el personal de salud y opinar sobre las decisiones a tomar sobre su cuerpo y su salud.

Algunas mujeres acudieron al hospital, y una vez examinadas fueron devueltas a sus casas por considerar que todavía faltaba tiempo (en algunos casos días) para el parto. Según los relatos, los partos sucedieron transcurridas pocas horas de haber llegado de vuelta a la casa. En estos casos el factor condicionante es muy claro y su explicación está relacionada con deficiente atención por parte del personal de salud, fallas en la capacidad técnica y subvaloración de las apreciaciones de las mujeres. Se evidenció la incapacidad del personal de salud para detectar síntomas más allá de lo que está descrito en la literatura, en los casos de las mujeres que fueron devueltas, porque aún no habían roto membranas y al volver a sus casas se produce el nacimiento.

Condiciones socioeconómicas

La falta de afiliación al SGSSS apareció como factor condicionante del parto domiciliario, con expresiones muy claras. Así mismo se manifestó la falta de recursos económicos, estableciendo relación directa entre atención hospitalaria y capacidad de pago. El 59 % de las mujeres no estaban afiliadas al SGSSS, lo cual condicionó en buena medida las opciones. Las mujeres tenían conocimiento de los costos del parto en un hospital y expresaron imposibilidad de pagar. Los ingresos familiares reportados se encontraron muy lejos de cubrir los costos de un parto para las familias no cubiertas por el Sistema de Salud.

La falta de transporte en sitios alejados determinó el evento en algunos casos, manifestándose los problemas de acceso geográfico a los que se ven sometidas las mujeres de estos sectores de la ciudad.

Otro factor condicionante lo constituyó la falta de apoyo y soledad que manifestaron algunas mujeres acompañado de abandono, aislamiento y ausencia de redes sociales, ligado a deficientes condiciones de vida y pobreza extrema.

Consecuencias derivadas del parto domiciliario

Se encontró una alta satisfacción de las mujeres (73 %) durante el trabajo de parto y parto, asociada a bienestar, tranquilidad, buena atención, buen trato, presencia y apoyo del esposo y ayuda de la partera. Las mujeres destacaron la importancia que tiene el estar acompañadas de sus seres queridos, especialmente el esposo. También hubo mujeres asustadas, inseguras y nerviosas, al igual que algunas que tuvieron problemas en el parto (3,9 %) y expresan su inconformidad.

El 52,4 % de los partos fueron atendidos por partera ó partero, 36,2 % por familiares y conocidos. En el 81,9 % de los casos las personas acompañantes (incluidas parteras y parteros) tuvieron actitudes de apoyo y atención lo cual fue valorado por las mujeres y lo recuerdan en forma gratificante. Algunas personas acompañantes manifestaron preocupación y desespero en el momento del parto, viéndose imposibilitadas para colaborar. Estas corresponden con mayor frecuencia a los casos de las mujeres que habían planeado su parto en el hospital quienes no tenían las condiciones previstas, ni la disposición sicológica para abordar esta situación.

Las mujeres recibieron remedios caseros para acelerar el parto y manifestaron ser efectivos, tales como aguas de ramo bendito, caléndula, toronjil, manzanilla y canela. También se usó brandy, leche, cerveza, orines con coca cola y huevos tibios con ruda.

El 92,2 % de los recién nacidos no tuvo problema. En el 4,9 % de los partos hubo problemas atribuidos (según las mujeres) a la falta de haber aspirado las flemas del bebé y al tiempo prolongado entre el rompimiento de membranas y el parto. No se encontró ninguna muerte materna ni perinatal.

El 75 % de las mujeres se sintieron bien después del parto, relacionando el bienestar con abrigo, comida caliente, sueño tranquilo, alivio, descanso, tranquilidad y felicidad. Las mujeres expresaron continuamente en los relatos las diferencias entre el hospital y la casa en cuanto a bienestar se refiere.

Se evidenció en algunas mujeres autonomía y control de la situación en los días siguientes al parto, siendo consistente con los planteamientos alusivos al parto como algo natural. Se presentaron las prácticas tradicionales, las cuales fueron valoradas positivamente como las "sobadas" y la "fajada". Se expresó una percepción clara con respecto a la necesidad de hacer una buena limpieza después del parto para prevenir las infecciones. El 25 % de las mujeres manifestaron problemas como: cansancio, agotamiento, debilidad, cólicos, sangrado y dolor de cabeza. Hubo 4 casos relacionados con retención de placenta, hemorragia y pérdida temporal del conocimiento; 2 de estas mujeres fueron llevadas al hospital. Algunas mujeres relacionaron el malestar posterior al parto con condiciones de vida: falta de alimentos, necesidad de ir a trabajar tempranamente y trabajo doméstico.

Uso de los servicios de salud

El 69,5 % de las entrevistadas asistieron a control prenatal en los servicios de salud. El 37,3 % lo hicieron en el primer trimestre de la gestación. El 3,8 % tuvo control prenatal con partera(o). El 44 % de las mujeres tuvo 4 ó más controles prenatales. Las mujeres mostraron una valoración importante hacia el control prenatal, inclusive aquellas que optaron previamente por el parto en casa, manifestaron estar más seguras si han sido controladas. Entre las mujeres que no asistieron a control prenatal (25,7 %), se encuentran argumentos como problemas con el carné, miedo al médico, miedo a desnudarse, miedo a las cesáreas y dificultades con los servicios de salud.

Con respecto al control posparto, el 45 % asistió al servicio de salud y el 3 % con partera. Muchas de estas mujeres asistieron al servicio de salud para

llevar a los niños, vacunarlos ó hacerlos revisar del médico. La motivación para asistir está centrada principalmente en la salud de los niños. El 53 % no tuvo ningún tipo de control. Los argumentos de por que no asistieron son similares a los hallazgos anteriores.

Conocimiento de derechos

Mas de la mitad de las mujeres (55 %) expresaron no tener conocimiento alguno acerca de los derechos de las gestantes y recién nacidos. El bajo nivel educativo tanto del padre como de la madre puede explicar, en parte, el desconocimiento de derechos. El 45 % , manifestó ideas y opiniones en diversos sentidos. Entre los derechos que mencionaron las mujeres están la atención por parte del Estado durante la gestación, el parto y el primer año de vida del niño, la atención humanizada, el buen trato, prioridad en la atención, derecho a no ser maltratadas en el ámbito doméstico y derechos laborales.

Percepción del parto en casa y percepción del riesgo

En primer lugar el 40,2 % de las mujeres afirmó que es mejor tener el parto en casa y lo asociaron con bienestar, recibir líquidos calientes y comida, presencia del esposo. Se dio importancia a la comprensión de la partera como algo muy positivo y la protección que da el hogar. De estas mujeres algunas plantearon que el parto en casa se puede dar si las condiciones de salud son buenas, si es un parto normal y si la persona se siente “capacitada”. Se afirmó que el éxito del parto en casa depende de la experiencia y capacitación de la partera o partero. Se presentaron proposiciones que contrastan el hogar y el hospital, relativas a las prácticas indeseadas que se dan en el hospital, y la imposibilidad de asumir con autonomía lo que ellas saben e identifican como lo más adecuado para llevar a cabo el trabajo de parto.

En segundo lugar están las opiniones en las que predominó la percepción del riesgo que acarrea el parto en casa (28,9 %). Estas mujeres ubicaron el riesgo en la existencia de enfermedades previas y en el hecho de ser primípara. Hubo claridad con respecto a que si hay problemas durante la gestación, el parto no debe ser atendido en casa. Las mujeres hablaron de los posibles casos que se pueden presentar, identificando riesgos en el niño, en la mamá ó en ambos.

En tercer lugar están el 17,5 % de las mujeres quienes opinaron que es mejor el parto en el hospital con argumentando rapidez, el beneficio de las limpiezas y la posibilidad atender las complicaciones que se presenten.

DISCUSIÓN

Históricamente se han manifestado contradicciones entre el modelo médico occidental, enmarcado en una sociedad patriarcal, y las necesidades y expectativas de las mujeres en torno a la atención en salud. Esta contradicción se empieza a manifestar más claramente con la institucionalización del parto, cuando pasó de ser un evento natural, controlado por las mujeres en su ámbito doméstico, a ser un evento clínico, institucionalizado y de control exclusivo de los médicos.

Cuando las mujeres optan conscientemente por asumir el proceso del parto bajo las condiciones que ellas establecen y bajo su dominio, desarrollando así autonomía, establecen resistencia ante la dominación médica y luchan de alguna manera por rescatar el dominio de la gestación y el parto como procesos propios. Además, es una forma de demostrar rebeldía y plantear alternativas ante el autoritarismo manifiesto (7).

Las dificultades de comunicación entre el personal de salud y las usuarias gestantes, limitan la solución adecuada a la demanda e incluso ponen en riesgo la vida misma. La expresión práctica de esto se encuentra en la incapacidad para escuchar y valorar adecuadamente las afirmaciones de las mujeres y sus motivos de consulta. Incluso las mujeres tienden a subvalorar lo que están sintiendo cuando no coinciden con las indicaciones que le han dado quienes detentan el conocimiento. Lo anterior tiene raíz en la prevalencia de concepciones y creencias sexistas que se reflejan en las actitudes, comportamientos y decisiones médicas (8).

Es evidente que en el modelo médico actual no se ha logrado pasos importantes en la discusión de la perspectiva de género tan importante para cualificar la atención en salud tanto de hombres como mujeres. Así lo constata el documento del Congreso Internacional sobre “Mujer, Trabajo y Salud”, realizado en Barcelona del 17 al 20 de Abril de 1996, al reconocer que la docencia inculca el sesgo de género y la asistencia sanitaria lo reproduce.

El presente estudio muestra como la reivindicación de derechos se da muchas veces desde prácticas no convencionales y construcción de alternativas ante hechos y circunstancias que no son compartidas e incluso que van en contra de la persona en cualquier aspecto de su vida. La opción del parto domiciliario, desde los argumentos de las mujeres entrevistadas está reflejando también la necesidad de reconocimiento a una actuación protagónica en la toma de decisiones sobre aspectos que afectan su salud, su vida, su cuerpo y su sexualidad. Cuando las mujeres expresan ser objeto de prácticas

médicas no consultadas ó no compartidas (cesáreas por ejemplo), se está evidenciando la imposibilidad de concertar y ser partícipe activo en las decisiones que le atañen.

Aún falta mucho camino por recorrer para garantizar el derecho a una atención médica humanizada. Este es uno de los aspectos más relevantes desde la percepción de la población estudiada. Los malos tratos y la falta de respeto a su intimidad son argumentos coherentes con la reivindicación de derechos. La discriminación por diferencias culturales y de clase también se constituye en barrera de acceso. Se está desconociendo el derecho a servicios y programas integrales de salud que respondan a sus necesidades sin ningún tipo de discriminación. Los derechos sexuales y reproductivos son aún inaccesibles a la gran mayoría de las personas y se encuentran desintegrados de los sistemas de salud.

Al analizar las condiciones socioeconómicas como factor condicionante del parto domiciliario se puede establecer una relación directa al evidenciar en la población estudiada los problemas, las privaciones y las múltiples dificultades que acarrean en la vida cotidiana la pobreza y las deficientes condiciones de vida. En particular, el acceso a los servicios de salud está determinado, en buena medida por la capacidad de acceder al mercado.

El actual sistema de salud, basado en el aseguramiento, ha pretendido ampliar la cobertura y universalizar la atención. Sin embargo su incipiente desarrollo ha llevado a profundizar las barreras de acceso económico para la población de escasos recursos que aún no ha sido cubierta por el sistema. Aún cuando el estudio de Céspedes (9) no es concluyente en este aspecto si muestra como entre las personas no afiliadas a la seguridad social en salud la causa más frecuente para no utilizar los servicios es la falta de dinero y plantea que las evidencias arrojadas por la investigación no muestran un efecto claro de la reforma sobre la equidad en la utilización de servicios de salud, persistiendo inequidades en contra de los segmentos de población de más bajos ingresos.

Para la población estudiada la exclusión social se manifiesta en varios aspectos que al complementarse plantean un panorama en el que las mujeres se ven limitadas para acceder a los servicios de salud: el factor económico, expresado por la carencia de dinero para cubrir los costos de la atención; el acceso geográfico, los problemas de transporte y la inseguridad de los barrios alejados; el aislamiento y la ausencia de redes sociales. Se evidencia entonces el parto domiciliario como un problema de inequidad en el acceso a los servicios de salud para las gestantes.

Cuando las mujeres establecen comparación entre las condiciones de atención que brinda un hospital público en Bogotá, y lo que reciben en la casa, son evidentes las ventajas, desde el punto de vista del bienestar, la comodidad y tranquilidad que es proporcionada en el hogar. Las parteras, parteros y familias reproducen las prácticas tradicionales tanto durante el trabajo de parto como en el parto. Estas son reconocidas como eficaces y valoradas entre las condiciones de bienestar que proporciona el hogar.

Existe un factor psicológico presente en el trabajo de parto y el parto que juega un papel fundamental en el desempeño del evento. Cuando las condiciones son adversas para la mujer, siente temor y no se encuentra a gusto en un ambiente determinado, esto se convierte fácilmente en un riesgo que puede ocasionar problemas. Se ha planteado que el parto en casa cuando las condiciones de salud son buenas y el riesgo obstétrico es mínimo es más seguro teniendo en cuenta el factor psicológico del que se ha hablado.

En varias partes del mundo se viene cuestionando que el parto en el hospital sea necesariamente más seguro que en las casa en condiciones adecuadas. Existen movimientos feministas que reivindican la posibilidad de elegir y demandan atención domiciliaria por parte del personal de salud. También luchan por la certificación de las parteras. Es así como se han realizado estudios en los cuales se demuestra que el parto domiciliario, atendido en condiciones adecuadas, es más seguro que el institucional (10).

Sin embargo, para poder afirmar que el parto es seguro en casa, es necesario tener en cuenta todas las condiciones que se requieren para disminuir el riesgo y atender una emergencia obstétrica en caso de presentarse. En este estudio se manifestó un alto riesgo en este sentido, ya que entre las mujeres que previeron el parto en casa, ninguna tenía preparadas las condiciones para atender una emergencia. Aún cuando fueron muy pocos los casos, se evidenciaron consecuencias negativas para la salud de las mujeres que se relacionan con las condiciones en las que se atendió el parto. Es el caso de las infecciones uterinas.

Si bien en las mujeres existe conciencia del riesgo que conlleva el parto domiciliario, éstas plantean que se puede controlar si se adoptan medidas como la asistencia al control prenatal, la contratación de parteras de confianza y la preparación de las condiciones previamente. La percepción del riesgo se pierde una vez se produce el nacimiento, lo cual se demostró con la escasa asistencia al control posparto.

Agradecimientos: A la Dirección Nacional de Investigación de la Universidad Nacional-DINAIN, por el apoyo financiero. A las mujeres líderes en salud y madres comunitarias. A las trabajadoras del DABS en los Centros Operativos Locales.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Maternidad Saludable. Bogotá: OPS; 1998.
2. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000.
3. Peñuela A. Mortalidad Materna y Factores de Riesgo. Secretaría de Salud. Bogotá; 1997.
4. La colectiva del libro de salud de las mujeres de boston. Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Washington, D.C. The Boston Women's health book collective; 1981.
5. Bonilla E, Rodriguez P. Más allá del Dilema de los Métodos. Centro de Estudios de Desarrollo Económico – CEDE; 1995.
6. Habermas J. Conocimiento e interés. Ideas y Valores. Nos. 42-45;1973-1975.
7. Barreto J, Puyana Y. Sentí que se me desprendía el alma. Análisis de Procesos y Prácticas de Socialización. Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia;1996.
8. Breilh J. El género entrefuegos: inequidad y esperanza. Centro de Estudios y Asesorías en Salud, CEAS, Serie "Mujer" No. 4 . Quito;1996.
9. Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, et. al. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud. Rev. salud pública. 2 (2): 145-164, 2000.
10. Centers for Disease Control, "United States, Birth cohort of 1990".

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas.asp>