



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Los profesionales de la salud frente a la cesárea.

Un análisis psicosocial de una relación
compleja

Tesis presentada para optar por el título de
Doctora en Psicología
en el marco del Programa de Doctorado
Facultad de Psicología
Universidad de la República

Doctoranda: Mag. Ma. Carolina Farías Rodríguez
Tutora: Profa. Dra. Alejandra López Gómez

Mayo, 2024
Montevideo - Uruguay

Tabla de Contenido

Resumen	2
Abstract	3
Agradecimientos	4
Introducción	6
Capítulo 1. La cesárea como problema de salud pública.	9
1.1 La cesárea como problema global de salud	9
1.2 De problema de salud pública a problema de investigación	17
1.3 La cesárea como área de investigación e intervención para la Psicología	22
Capítulo 2. Objetivos y abordaje metodológico	26
2.1 Abordaje metodológico	27
2.2 Diseño del estudio	28
2.3 Estrategia de análisis de la información	32
Capítulo 3. El contexto de la cesárea en Uruguay y sus principales determinantes desde un modelo ecosistémico.	34
3.1 Nivel macrosistémico: normas de género	38
3.2 Nivel exosistémico: medicalización de los eventos reproductivos	43
3.3 Nivel mesosistémico: el SNIS y la atención al nacimiento en Uruguay	49
Nacer en Uruguay	52
3.4 Nivel microsistémico: el papel del personal obstétrico	60
Capítulo 4: Las y los profesionales obstétricos frente a la cesárea	65
4.1 Visión de los profesionales sobre el problema de la cesárea.	66
4.2 La incidencia de la organización sanitaria en la gestión de la cesárea	70
4.3 Prácticas profesionales frente a la cesárea	81
4.4 La hiperresponsabilización de las mujeres por parte de los profesionales	85
Conclusiones	96
Referencias	97
Apéndice A: Caracterización de las entrevistas	127

Resumen

La intervención cesárea es uno de los procedimientos más complejos que pueden acontecer en el proceso de culminación de un embarazo. Es una operación indicada para salvaguardar la salud materna y/o fetal, que se ha convertido en un método común de nacimiento. Su uso desmedido y el elevado índice a nivel mundial desde hace varias décadas, impulsó diversos estudios y recomendaciones para su contención y racionalización. Uruguay no ha estado exento de tal situación, ostentando un índice de cesáreas del 48% a nivel nacional. Es por ello, que el presente estudio busca conocer y analizar cuáles son los factores psicosociales, organizacionales y sanitarios implicados en la alta incidencia de la cesárea en Uruguay desde la perspectiva de los profesionales del área de maternidad. Para ello, se optó por un estudio cualitativo de diseño flexible de tipo transversal con un alcance descriptivo y analítico. La muestra (intencional y teórica) estuvo conformada por profesionales del área de maternidad. Los resultados fueron organizados en cuatro áreas: 1) la visión de los profesionales sobre el problema de la cesárea, 2) la incidencia de la organización sanitaria en la gestión de la cesárea, 3) las prácticas profesionales frente a la cesárea y 4) la hiper-responsabilización de las mujeres. El estudio evidencia que la cesárea dista de ser un tema exclusivo de la órbita médico-clínica. La multicausalidad del fenómeno se observa en la interrelación de tres niveles: la gestión sanitaria, los profesionales y las usuarias. Concluimos que el fenómeno de la cesárea y su alta incidencia en nuestro país es multifactorial y multicausal. Entendemos que un aspecto transversal que aún no se ha podido superar es la visualización del nacimiento como un evento patológico y por tanto que debe ser medicalizado. Es necesario entonces, incorporar de forma profunda la concepción del nacimiento como proceso ante todo fisiológico, en el cual los protagonistas son la mujer, el bebé y los recursos de apoyo familiar, y donde la práctica médica debe limitar su actuación a aquellos casos en donde la situación lo amerite y no antes. Esta concepción debe ser transversal a todo el sistema, tanto en sus aspectos organizativos, de gestión, clínicos, técnicos y tecnológicos y de comunicación en salud, para que derrame hacia las mujeres en particular y a la sociedad en general. Las medidas de reducción del índice de cesárea deberían incorporar una visión ecológica del problema, apuntando a revertir la hiper medicalización de estos procesos. Las estrategias deben ser integrales e incluir todas las dimensiones de los sistemas que influyen en la mujer, interviniendo en las prácticas profesionales concretas, pero también, en la gestión de los servicios, así como en las creencias sociales sobre el parto y el nacimiento.

Palabras claves: cesárea, psicología de la salud, salud reproductiva, profesionales

Abstract

Caesarean section is one of the most complex procedures that can occur in the process of terminating a pregnancy. It is an operation indicated to safeguard maternal and/or fetal health, which has become a common method of delivery. Its excessive use and the high rate worldwide for several decades, prompted several studies and recommendations for its containment and rationalization. Uruguay has not been exempt from this situation, with a cesarean section rate of 48% at national level.

For this reason, the present study seeks to know and analyze the psychosocial, organizational and health factors involved in the high incidence of cesarean section in Uruguay from the perspective of maternity professionals. For this purpose, a qualitative study of flexible cross-sectional design with a descriptive and analytical scope was chosen. The sample (intentional and theoretical) was made up of maternity professionals. The results were organized into four areas: 1) the professionals' vision of the problem of cesarean section, 2) the incidence of the health organization in the management of cesarean section, 3) professional practices regarding cesarean section and 4) the hyper-responsibilization of women.

The study shows that cesarean section is far from being an issue exclusive to the medical-clinical sphere. The multicausality of the phenomenon is observed in the interrelation of three levels: health management, professionals and users. We conclude that the phenomenon of cesarean section and its high incidence in our country is multifactorial and multicausal. We understand that a transversal aspect that has not yet been overcome is the visualization of birth as a pathological event and therefore one that should be medicalized. It is therefore necessary to incorporate in a profound way the conception of birth as a physiological process, in which the protagonists are the woman, the baby and the family support resources, and where medical practice should limit its action to those cases where the situation warrants it and not before. This conception should be transversal to the whole system, both in its organizational, management, clinical, technical and technological aspects and in health communication, so that it spills over to women in particular and to society in general. Measures to reduce the cesarean rate should incorporate an ecological vision of the problem, aiming to reverse the hyper-medicalization of these processes. Strategies should be comprehensive and include all the dimensions of the systems that influence women, intervening in specific professional practices but also in the management of services as well as in social beliefs about labor and birth.

Key words: cesarean section, health psychology, reproductive health, professionals

Agradecimientos

Agradecer significa reconocer que esta tesis **no la hice sola**, ni a nivel académico ni a nivel personal.

Esta tesis comenzó en 2009, con el nacimiento de mi hija Victoria y se afianzó con el nacimiento de Joaquín en 2013. Con ellos descubrí que ser mamá es maravillosamente caótico y que el sistema de salud (aún) no es un aliado de las mujeres ni de los recién nacidos.

Así que mi primer agradecimiento es hacia ellos, **Vica y Joaco**, que me permiten ser parte de su crecimiento día a día y por quienes seguiré luchando por un mundo mejor.

A **Gustavo** le agradezco que a pesar de no entender del todo el para qué de todas las cosas que hago, nunca ha dejado de apoyarme. Sabe que esto me hace feliz y con eso le basta. Gracias por hacerme feliz, y sonreír cuando canto, bailo o leo.

A nivel académico, esta tesis comienza con la Maestría en Psicología Social. El tránsito por la maestría me permitió comenzar a hacer *militancia académica* en un tema que ya no podía soltar: las experiencias de maternidad en las instituciones de salud. La tesis allí presentada “**Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que pasaron la experiencia**” fue un final que dejó muchas puertas abiertas. De ahí surge, entre otras tantas, la pregunta sobre las experiencias directas de los profesionales que asisten los nacimientos.

De esa época sigo agradeciendo a **las mujeres** que me han ofrecido sus voces para contar una historia sobre el nacer en Uruguay.

Si bien he sido parte de la Universidad de la República en diversas funciones desde el 2003, fue en 2015 que comencé mi carrera docente en el **Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud** (Facultad de Psicología, Udelar). Desde ese tiempo hasta ahora solo puedo decir que *estoy en mi lugar*. La docencia y la investigación es lo que realmente me apasiona hacer. Agradezco a **todos y todas mis estudiantes** de los seminarios, las Unidades Curriculares Obligatorias (UCOs) y los cursos de los que formo parte. Especialmente quiero agradecer a las licenciadas **Fátima de Lima y Victoria Miranda** por el apoyo en esta tesis.

Pero para que un trabajo sea disfrutable plenamente se necesita de un **gran equipo de trabajo**, y lo tengo... lo tenemos. Saber que son parte y que me apoyan en cada paso del camino hizo posible que hoy pueda estar entregando esta tesis. Gracias infinitas a Alejandra,

Pablo, Sabrina, Gonzalo, Raquel, Anabel, Giuliana, Nicolás, Kyria, Natalia, Lía, Soledad, Nutarell, Martín, Romina.

Hoy por hoy, otro equipo de trabajo me ha recibido con los brazos abiertos. Mi agradecimiento a todas las docentes de la **Escuela de Parteras** (Facultad de Medicina, Udelar), por permitirme crecer como docente.

Quiero agradecer también a **Luis Leopold**, no porque tenga mucha relación con esta tesis en particular, sino porque gracias a él descubrí la importancia de **cuidar el proyecto colectivo**. El proyecto de universidad que queremos es una pasión, es una camiseta que no nos sacamos nunca y es nuestro deber como universitarios y universitarias comprometidas ser excelentes, seguir avanzando, nunca quedarnos con el vaso medio vacío, reconocer que somos parte de (algunos) problemas para buscar siempre ser la solución. Esta tesis es por definición **una cosa para más de una cosa**. Gracias, Luis, por enseñarme eso.

Un especial agradecimiento para **Natalia Magnone, Gabriela Fernández y Julia Córdoba**. Han sido compinches doctorandas. Hemos sufrido y disfrutado juntas el camino de la formación académica. Hemos abrazado nuestro ser universitarias. Sabemos lo que queremos y sabemos que vamos a lograrlo. ¡Las admiro profundamente y me emociona saber que seguiremos caminando juntas!

Por último, un especial reconocimiento y agradecimiento para **Alejandra López Gómez**. No solo ha sido mi tutora en la Maestría y el Doctorado, que ya de por sí ameritaría un aplauso sostenido, sino que ha sido quien me abrió las puertas del Programa, quien confió en mí como docente, quien no baja los brazos por enseñarme todo lo que aún me falta aprender. **Gracias Ale**, gracias tutora, gracias colega, gracias compañera.

Carolina Farías

Mayo, 2024

Introducción

Un árbol es la oportunidad de mirar el bosque. En esta tesis la cesárea es el árbol que nos dará la oportunidad de mirar las distintas complejidades que se ponen en juego durante un nacimiento institucional en nuestro país.

Uruguay, Estado democrático con casi 200 años de historia independiente, ha experimentado una tendencia decreciente en el número de nacimientos anuales, y se registran en la actualidad unos 35 mil nacimientos por año. Desde muy temprano en su historia, Uruguay se ha caracterizado por ser un país pionero en materia de protección social y promoción de los derechos humanos. En distintos momentos ha sido reconocido por ser un país con marcado compromiso con la equidad y la justicia social. Algunos ejemplos de ello los podemos encontrar en sus modelos de seguridad social¹, salud universal, educación², garantías laborales y protección de la diversidad en su sentido más amplio (Milanesi et al., 2018).

Mientras en el mundo y en América Latina en particular se comenzaban a tomar acciones tendientes a la humanización del nacimiento —recordemos la *Declaración de Ceará*, producto de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto en el año 2000—, Uruguay promulgaba la Ley n.º 17 386 (2001) de acompañamiento durante el proceso de trabajo de parto y nacimiento. Desde ese momento a esta parte, varios han sido los avances en materia de reconocimiento del derecho a la salud sexual y la salud reproductiva con una perspectiva de derechos humanos y una (no tan clara) perspectiva de género (Cardozo, 2021). En 2008 se promueve la Ley n.º 18 426 “Defensa del Derecho a la salud sexual y reproductiva”, la cual reconoce a la salud sexual y reproductiva como un derecho humano y al Estado como el responsable de garantizar el pleno ejercicio de los mismos por parte de la ciudadanía. Posteriormente se promulgaron las leyes de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Uruguay,

¹ Uruguay tiene un sólido sistema de seguridad social que abarca a la mayoría de la población. El Banco de Previsión Social (BPS) es la entidad responsable de administrar las pensiones y los beneficios de seguridad social. Los trabajadores y empleadores realizan contribuciones a este sistema para financiar las prestaciones. Entre ellas se incluyen las jubilaciones, pensiones, asignaciones familiares, subsidios por discapacidad, por enfermedad, maternidad y cuidados, apoyos financieros para prótesis y ortesis, entre otros.

² El sistema educativo uruguayo se basa en los principios de gratuidad, laicidad y obligatoriedad. La Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) es el organismo responsable de la administración, gestión, planificación y seguimiento de la educación en el país. La educación, brindada por el estado de forma gratuita para todos sus residentes, incluye inicial, primaria, secundaria (ciclo básico y bachillerato), terciaria y universitaria. Esta última opera bajo la órbita de la Universidad de la República como organismo autónomo. Uruguay tiene altos estándares educativos para la región (sobre todo en los ciclos inicial, primario y secundario básico) y una alta tasa de alfabetización.

2012), Reproducción Humana Asistida (Uruguay, 2013) y la de Violencia hacia las mujeres basada en género (Uruguay, 2017), la cual define la violencia obstétrica como una de las formas de la violencia de género. No obstante, existe una distancia entre este destacado marco normativo y las condiciones efectivas para el acceso y ejercicio pleno de los derechos en ellas consagrados, por lo que es relevante analizar los factores que intervienen en esa brecha y que afectan especialmente las decisiones de las mujeres, en particular en el campo reproductivo.

En el campo de los derechos reproductivos, en esta tesis, nos abocaremos especialmente al nacimiento vía cesárea³. La intervención cesárea es uno de los procedimientos más complejos que pueden acontecer en el proceso de culminación de un embarazo. Es una operación indicada, en principio, para salvaguardar la salud materna o fetal. Se ha convertido en un método común de nacimiento, trascendiendo esta primera premisa (Mora, 2014; Sarduy et al., 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015, 2021). Su elevado índice a nivel mundial desde hace varias décadas impulsó diversos estudios y recomendaciones. Entre ellas, la declaración de la OMS en donde destaca que no hay justificación para tasas mayores a un 10-15 % en ninguna región (1985, 2015). Al decir de Olza & Lebrero, “desde un porcentaje del 15 % hacia arriba, los motivos para hacer una cesárea no son estrictamente médicos, sino que el tipo de actuación depende del criterio de cada profesional” (2016:23).

Entendemos que la indicación de realizar una cesárea es multicausal y, en este sentido, nos proponemos indagar sobre los distintos motivos que, al entender de los profesionales del área de maternidad, pueden estar influenciando la decisión de realizar una cesárea. Al mismo tiempo, se realizará un análisis sobre cada uno de estos motivos a la luz de las investigaciones previas y las acciones y políticas públicas tendientes a su disminución.

³ En esta tesis, realizaré un acercamiento a la temática de la cesárea como una de las intervenciones por las que puede transitar una mujer en el proceso del embarazo. Esto no quiere decir que sea una intervención que solo quienes se definan como mujeres puedan atravesar. Entiendo que este procedimiento no es realizado únicamente en el cuerpo de mujeres, sino que también puede ser experimentado por varones trans que transiten un embarazo. De todas formas y como elección teórica y metodológica, voy a referirme a *mujeres* como sujeto y no a *personas gestantes* o *cuerpos gestantes*. Esto se debe, por un lado, a que las mujeres siguen siendo quienes mayoritariamente atraviesan estos procesos. Por otro, existe una basta trayectoria teórica y epistemológica sobre la medicalización del cuerpo de las mujeres y las relaciones de poder que han sustentado esta dominación en la historia, a la que mi trabajo pretende aportar. Considero que analizar cómo estos procesos de medicalización y sometimiento se realizan en el cuerpo de varones trans implicaría introducir otros marcos teóricos y dimensiones de análisis, por lo que es debido a ello que no me adentraré en el tema. Es no obstante una decisión metodológica y operativa, que no por ello deja de reconocer la limitación del enfoque, ya que considero que una visión más comprensiva del tema debería ampliar el foco hacia todas las personas que atraviesan esta situación.

Por otra parte, esta tesis doctoral busca dar continuidad a una línea de investigación que comenzó con los estudios de maestría y en la práctica docente en el Programa de Género, Sexualidad y Salud Reproductiva del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Udelar. Los resultados obtenidos en la investigación *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia* (Farías, 2014) permitieron identificar algunas de las posibles situaciones que están implicadas en la toma de decisión por la vía de finalización del embarazo, tanto en las mujeres como en los equipos profesionales que las asisten. Al mismo tiempo, propició que pudiéramos seguir trabajando temáticas relacionadas con la psicología perinatal y la salud sexual y reproductiva⁴ tales como: violencia obstétrica (Magnone & Farías, 2022; Farías & Magnone, 2021), acompañamiento en el nacimiento (Farías & López, 2017), discapacidad y salud sexual y reproductiva (De Lima et al., 2023; Córdoba et al., 2022; Farías et al., 2021), participación de los varones en el embarazo, nacimiento y puerperio, reproducción humana asistida y pérdidas gestacionales.

Entendemos que la Psicología, como disciplina y como campo de acción profesional, tiene aún mucho para aportar en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad de la población, así como en la comprensión de los fenómenos sociales y psicológicos que se ponen en juego.

⁴ Todo ello pudo ser posible a través del dictado de cursos de grado en la Licenciatura en Psicología (Udelar) y en la Escuela de Parteras (Facultad de Medicina, Udelar), la tutoría de Trabajos Finales de Grado y de tesis de Maestría (las cuales se pueden consultar en colibri.udelar.edu.uy), la participación como docente orientadora en el Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil (CSIC, Udelar), la participación en proyectos de investigación financiados por el Programa de Investigación y Desarrollo (CSIC, Udelar) y por el continuo intercambio interdisciplinario con docentes nacionales e internacionales entre los que destaco a la Prof. Adj. Dra. Natalia Magnone de la Facultad de Ciencias Sociales (Udelar).

Capítulo 1. La cesárea como problema de salud pública.

1.1 La cesárea como problema global de salud

El nacimiento vía cesárea se ha transformado en un asunto de interés científico a nivel internacional, regional y nacional por su alta incidencia, su uso indiscriminado y por su relevancia para la agenda de los derechos reproductivos de las mujeres y la salud pública en general.

La **historia de esta intervención** obstétrica se remonta a mil años antes de la era cristiana, lo que la convierte en una de las cirugías más antiguas (Lugones, 2001; Arencibia, 2002; Sarduy et al., 2018). Se pueden rastrear registros de intervenciones para extraer al feto del útero de su madre en las civilizaciones griegas, romanas, indias e incluso precolombinas. Los antecedentes mayormente registrados son aquellos que remiten a la “Ley Regia o Ley César” (700 años aC), en la cual se indicaba la extracción del feto del cuerpo muerto o moribundo de su madre. Posteriormente, en la era cristiana y desde el concilio de Colonia en 1280, se decretó como obligatorio la extracción del feto cuando la madre moría para darle el sacramento del bautismo (Sarduy et al., 2018).

Durante siglos, la intervención se realizó exclusivamente en casos de muerte materna o suposición de inminente muerte materna, es decir, era más un ritual mortuario que una intervención médica (Hutter, 2010). La tasa de mortalidad fetal también era extremadamente alta, en muchos casos por realizarse tardíamente (Arencibia, 2002). Recién para 1500 se tienen registros más o menos fidedignos de una intervención cesárea realizada por un carnicero a su mujer, luego de la cual la mujer y el bebé sobrevivieron. Este hecho se considera como un elemento aislado y puntual, en el caso de que sea cierto. Sin embargo, en ese mismo siglo ya se encuentran menciones sobre la intervención cesárea en textos obstétricos. Se comenzó a estudiar y experimentar sobre la realización de la operación cesárea en mujeres vivas. Se realizaron varias propuestas y conjeturas sobre la mejor forma de lograr la supervivencia, ya sea a partir de distintos tipos de segmentos de corte, suturas, etc. Sin embargo, no fue sino hasta avanzado el siglo XIX que se relaciona la higiene de manos con la prevención de patógenos, el descubrimiento por parte de Pasteur de las bacterias y los gérmenes y su relación

con las infecciones, el avance en el uso de productos anestésicos y el ensayo de la remoción del útero (total o parcial) para prevenir las hemorragias, lo que logró un aumento de la supervivencia materna y fetal (Sarduy et al., 2018; Gabbe et al., 2019).

El siglo xx fue testigo del **perfeccionamiento** de una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas a nivel mundial. No solo se logró prevenir la peritonitis y las infecciones puerperales, sino que se avanzó significativamente en la ubicación de los segmentos de corte y en las técnicas de sutura (Lugones, 2001; Arencibia, 2002; Sarduy et al., 2018; Antoine & Young, 2021). La intervención cesárea, que aparece en la historia no para salvar a la madre ni al hijo, sino para dar sepulcro a ambas almas, se ha convertido en una intervención obstétrica segura para dar a luz a una criatura cuando existen complicaciones en el desarrollo del embarazo o parto. Sin embargo, “un factor siempre estuvo al acecho en la historia de esta intervención, la incorrecta indicación” (Sarduy et al., 2018:16). Es que, si bien se han desarrollado progresos técnicos, tecnológicos, clínicos y farmacológicos, la cesárea no deja de ser una intervención quirúrgica mayor con los riesgos asociados a cualquier intervención de estas características, entre ellas, la mayor morbi-mortalidad (OMS, 2015). Esto hace de suma importancia que su indicación conlleve claros criterios clínicos y valoración de riesgos y beneficios (Lugones, 2001; Olza & Lebrero, 2016).

Los progresos que ha experimentado la intervención han logrado una supervivencia significativamente elevada de la cesárea. Sin embargo, ya en 1989, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) presentó un informe técnico sobre la situación epidemiológica de las cesáreas, por su impacto en los costos de los servicios de salud y porque el aumento de la incidencia de la intervención no se correlacionaba con la mejora de los indicadores de morbi-mortalidad materna. “El incremento de la tasa de cesáreas más allá del límite de sus beneficios agrega morbilidad y costo y se transforma de solución en problema” (CLAP, 1989: 6).

El **riesgo** de muerte materna es mayor que en un parto vaginal a causa de las hemorragias posparto o las complicaciones propias de la intervención, tanto quirúrgicas como anestésicas (Cunningham et al., 2010). En cuanto a la morbilidad, la cesárea aumenta el riesgo de histerectomía, infecciones, laceraciones de vejiga o intestino, embolias pulmonares, adherencia, hospitalizaciones reiteradas (Cunningham et al., 2010; Cópola, 2015; Antoine & Young, 2021). En todos los casos, contar con una cesárea como antecedente obstétrico tiene grandes repercusiones en la vida reproductiva de la mujer, ya que una cicatriz en el útero aumenta las complicaciones en futuros embarazos (abortos espontáneos, placenta previa, placenta ácreta,

desprendimiento de placenta y rotura uterina) (Olza & Lebrero, 2016; Cunningham et al., 2010). Para el bebé, nacer por cesárea no está exento de riesgos. Existen mayores probabilidades de sufrir problemas respiratorios, prematuridad iatrogénica y laceraciones, lo que a su vez se asocia a mayor tiempo de hospitalización (Odent, 2006; Coloma et al., 2021). Por otra parte, en los últimos años ha comenzado a surgir evidencia acerca de los efectos negativos a largo plazo que podrían desarrollar quienes nacen por cesárea, en contraposición a quienes nacen por parto vaginal (Martikainen et al., 2017).

Los estudios pioneros de Langercrantz han mostrado que muchos de los beneficios del parto vaginal se relacionan con la descarga de cortisol y catecolaminas que ocurre en el feto durante su paso por el canal del parto. Este aumento de hormonas de estrés impacta positivamente los niveles de glicemia, la presión arterial, la absorción del líquido alveolar, la temperatura corporal y la adaptación neurológica del recién nacido. Esta liberación hormonal y las respuestas fisiológicas beneficiosas asociadas a dicho evento, están claramente atenuadas en niños nacidos por cesáreas, aumentando el riesgo a que desarrollen eventos adversos. Además de estos efectos negativos a corto plazo, el parto por cesárea emerge como un factor de riesgo para el desarrollo futuro de enfermedades metabólicas e inflamatorias, cuya incidencia está aumentando a nivel mundial. Considerando estos y otros antecedentes, es que la OMS recomienda que los partos por cesárea no sobrepasen el 15% de todos los nacimientos. (Magne et al., 2017: 2)

La preocupación por la correcta **indicación** de la intervención es un tema que preocupa desde hace décadas:

Muchas de las indicaciones médicas frecuentes merecen revisarse, ya que es posible, en múltiples oportunidades, llegar al parto vaginal con beneficios para madre y feto (cesárea anterior, desproporción feto-pélvica relativa, distocia dinámita, parto prolongado, fracaso de inducción, "sufrimiento fetal agudo", etc.) si se cumplen determinados requisitos. (CLAP, 1989:50)

Es por esto que se hace importante discriminar los distintos tipos de indicación que pueden realizarse y determinar en cuáles se puede realizar una revisión para ajustar su índice y en cuáles no. En esta línea, las indicaciones pueden dividirse según el momento en que esta ocurre (programadas o intraparto) o por la condición clínica materna y obstétrica (absolutas, relativas, electivas) (Odent, 2006; Olza, Lebrero, 2016; Martínez, 2016). Las cesáreas

programadas o de coordinación son aquellas que se realizan previo al inicio del trabajo de parto. En caso contrario, si ya se inició el trabajo de parto, ya sea de forma espontánea o por inducción mecánica o farmacológica, y es indicada una cesárea, esta será considerada como *intraparto*.

Por su parte, las *indicaciones absolutas* refieren a aquellas situaciones maternas y obstétricas que requieren finalizar el embarazo exclusivamente por cesárea. Ejemplos de ello son: prolapso de cordón, presentación transversa, rotura uterina, paro cardíaco o muerte materna (Cunningham et al., 2010). Las *indicaciones clínicamente relativas* refieren a aquellas situaciones en las que la intervención quirúrgica puede ser una indicación posible o un desenlace posible, pero que puede ameritar otras intervenciones previas (por ejemplo, una inducción, prueba de parto, movilidad). Algunos ejemplos de estas indicaciones son: falta de progresión del trabajo de parto, presión arterial materna elevada, embarazos múltiples (El Parto es Nuestro [EPEN], 2017). Una tercera indicación es lo que se ha denominado como *cesárea innecesaria*, es decir, aquellas en donde la indicación para su realización no tiene una justificación obstétrica absoluta ni relativa. Ejemplo de ellas son: edad materna (por joven o añosa), complexión materna (por delgadez u obesidad) y *bebés de oro* (bebés que se consideran de especial valor por ser embarazos logrados luego de uno o varios tratamientos de reproducción asistida o luego de una o varias pérdidas gestacionales previas) (EPEN, 2017).

Es por ello que una correcta indicación, con una adecuada **valoración de riesgos y beneficios**, se vuelve fundamental a la hora de evitar complicaciones y repercusiones innecesarias. Esto se debe a que los motivos de las indicaciones han sido muy variados a lo largo del tiempo y estamos en un período en el que las cifras parecen indicar que la cesárea no se realiza únicamente por razones clínicamente justificadas (Gabbe et al., 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985, 2015) establece que una tasa de cesárea superior al 10-15 % “no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal”. Es decir, países con tasas de cesáreas superiores están realizando cesáreas innecesarias que no se justifican en una mejora de los resultados materno-fetales y que puede conllevar un aumento de los riesgos de morbilidad, así como aumento de los costos para el sistema de salud (Gibbons et al., 2012; Gabbe et al., 2019).

Se han desarrollado diversas hipótesis que buscan explicar el aumento exponencial de la incidencia de cesáreas a nivel global, como ser los planteos teóricos de Cunningham et al (2010). Entre ellas se encuentran:

- a) la reducción del número de hijos por mujer, haciendo de una gran parte de los nacimientos occidentales, en mujeres nulíparas, quienes a su vez tienen mayor riesgo de terminar en una cesárea;
- b) aumento de la edad materna, sobre todo para el primer embarazo;
- c) aumento del intervencionismo obstétrico y técnicas de vigilancia, las cuales están relacionadas con el riesgo de terminar en cesárea, y
- d) aumento de las demandas por mala praxis o imprudencia profesional lo que deviene en prácticas de medicina defensiva; entre otras.

Para intentar **mitigar los efectos negativos** -tanto en la salud de las mujeres como en los costos del sector salud- del aumento de la tasa de cesárea a nivel mundial, organismos internacionales especializados y ejecutores de políticas públicas en el campo de la salud han realizado diversas recomendaciones y han generado protocolos tendientes a la reducción de su incidencia (OMS, 1985, 2015, 2021; Ministerio de Salud Pública [MSP], 2014, 2018). Dentro de estas políticas, la Organización Mundial de la Salud emitió en 2015 una declaración sobre las tasas de cesárea y recomendaciones para conseguir un sistema de clasificación universal. A partir de ella, se propone “utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos” (OMS, 2015).

La denominada **clasificación Robson** surge de la propuesta realizada por el obstetra irlandés Michel Robson y sus colaboradores (2001) como un método que permite comparar las tasas de cesárea en distintos momentos (en un mismo centro asistencial, por ejemplo) o en distintos lugares (distintos centros de salud o, incluso, distintos países) (Fiocruz, 2018; Triep, 2020). Su objetivo fue justamente crear una clasificación prospectiva que permita la comparación de las indicaciones y casos obstétricos que devinieron en un parto quirúrgico. Se parte de seis aspectos obstétricos⁵ para clasificar a las gestantes en 10 grupos. Cada gestante por su condición, es localizada en un único grupo, por lo que cada grupo es excluyente de los otros.

El sistema de Robson clasifica a todas las mujeres ingresadas para dar a luz en uno de 10 grupos en función de características fácilmente identificables, como el número de embarazos anteriores, la presentación cefálica, la edad gestacional, la existencia de cicatrices uterinas, el número de niños o el modo

⁵ Paridad (nulípara, multípara), cesárea anterior (sí o no), trabajo de parto (espontáneo, inducido, cesárea antes del trabajo de parto), edad gestacional (término o pretérmino), presentación fetal (cefálica, pélvica, transversa), número de fetos (único o múltiples).

como se inició el parto. La utilización de este sistema debería facilitar las comparaciones y el análisis de las tasas de cesáreas en un mismo centro y entre diferentes centros, países y regiones. (OMS, 2015)

Un elemento importante a tener en cuenta sobre la clasificación Robson es que no es exclusiva para las mujeres que han tenido cesárea, sino para todas las mujeres que son ingresadas para dar a luz, ya sea que finalicen su proceso gestacional por vía vaginal o cesárea (OMS, 2018b; Fiocruz, 2018). Es decir que los datos que se obtengan permitirán analizar no solo la cantidad de partos y cesáreas en cada grupo, sino también, la contribución relativa y absoluta de cada grupo para la tasa global de cesárea de ese centro asistencial, región o país.

Gráfico 1: Diagrama de grupos de la *clasificación Robson*



Fuente: Declaración de la oms sobre la tasa de cesáreas (2015)

Sin embargo, la escalada sobre el uso y abuso de la intervención cesárea como vía de finalización de los embarazos, a nivel internacional y regional, continúa siendo preocupante. Tanto es así que la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los distintos ministerios de salud de cada país han incorporado recomendaciones para que se implementen **estrategias para su contención y disminución** (Negrini et al., 2021; Ministerio de Salud-Chile, 2021; Opiyo et al., 2020; Moradi et al., 2019; OMS, 2018a; MSP, 2017; Ministerio de Salud-Argentina, 2015; Lotfi et al., 2014; Federación Colombiana de Obstetricia y ginecología &

Federación Colombiana de Perinatología [FECOLSOG & FECOPEN], 2014; Cóppola, 2015; Instituto Mexicano de Seguridad Social [IMSS], 2014; Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad-España [MSSSI], 2012). Estas estrategias no solo están dirigidas a los aspectos clínicos concretos del momento del parto/nacimiento, sino que incluyen cambios y sugerencias para las etapas de seguimiento del embarazo, preparación para el nacimiento y la formación médica profesional. En el mismo sentido, comienza a cobrar mayor relevancia, para pensar la atención durante el nacimiento, la calidad de atención brindada en los servicios sanitarios y la disminución de la medicalización e intervencionismo durante el embarazo y parto/nacimiento.

La creciente medicalización de los nacimientos está dañando la capacidad de las mujeres para dar a luz. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y sólo debe intervenir cuando haya complicaciones. (OMS, 2018c)

En este sentido, aparecen recomendaciones específicas sobre los **aspectos no clínicos** que pueden ayudar a disminuir el índice de cesárea (OMS, 2018b; Chen et al., 2018; Kingdon, Downe, Betran, 2018). Entre ellos, se destacan y agrupan recomendaciones dirigidas a:

- a) la mujer y la familia;
- b) profesionales de la salud, y
- c) los sistemas o prestadores de salud.

Las orientaciones hacia la mujer gestante y su pareja son referidas a la psicoeducación prenatal. Las dirigidas a profesionales incorporan una serie de estrategias como la doble opinión para decidir las indicaciones de cesárea, auditorías sobre las cesáreas realizadas por cada profesional y la actualización médica sobre riesgos de las cesáreas y las medidas sugeridas para su reducción. En cuanto a los servicios de salud, las estrategias se dirigen hacia la mayor incorporación de parteras en el trabajo de parto y parto, apoyos tecnológicos y técnicos para seguimiento obstétrico de las gestantes y de las decisiones del personal técnico, entre otras.

En el caso concreto de Uruguay⁶, hemos pasado de un índice de nacimientos por cesárea a nivel nacional del 24% en el año 2000 a un 46% en el 2020 (MSP, 2022). Este incremento sostenido de más de un punto porcentual anual ha provocado la alerta en nuestro sistema

⁶ Un desarrollo más completo sobre el sistema de salud uruguayo, las características de la asistencia a los nacimientos y las políticas en torno a la humanización del nacimiento, se encuentra en el capítulo 3.

sanitario: “El aumento de la tasa de cesáreas constituye un problema de salud pública que requiere un abordaje prioritario” (MSP, 2015:196).

En 2017, el Área Programática de Salud Sexual y Reproductiva/Salud Integral de la Mujer del Ministerio de Salud Pública, elaboró un documento técnico donde exponía las principales líneas estratégicas para la reducción de las llamadas “cesáreas evitables”. Estas guías y líneas surgen a partir de la propuesta de Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (MSP, 2015), cuyo objetivo estratégico número 3 *-Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida-* incluye la humanización del parto institucional y la reducción del índice de cesáreas.

El elevado índice de cesárea ha sido también advertido por diversas organizaciones de la **sociedad civil**⁷. Desde el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en el Uruguay (MYSU, 2008, 2009) se ha señalado con preocupación el elevado número de cesáreas, especialmente en el subsector privado; desde la Red Latinoamericana del Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) en Uruguay se han realizado varias campañas en los últimos años para sensibilizar sobre este tema (campañas “No más cesáreas innecesarias” y “El parto, seamos parte”).

Estas acciones nacionales están relacionadas con acciones a nivel internacional llevadas a cabo por organizaciones de mujeres que buscan visibilizar las consecuencias del abuso de las cesáreas y el parto hiper-medicalizado tanto para las madres como sus bebés. Entre ellas, se pueden destacar la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN), International Cesarean Awareness Network (ICAN) y la Asociación El Parto es Nuestro (EPEN). El foro virtual *Apoyocesáreas* fue precursor de lo que luego se transformaría en EPEN. Este foro, que continúa hasta la actualidad, nuclea de forma, a mujeres de todas partes del mundo y que busca brindar contención emocional en el puerperio postcesárea, información sobre buenas prácticas y acompañamiento para los intentos de partos vaginales luego de una o más cesáreas. Se sostiene en una estrategia de ayuda mutua, donde el sostén y acompañamiento es dado por otras mujeres que han transitado por experiencias similares.

⁷ Una vez publicados los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, MYSU (Mujer y Salud en Uruguay), organización no gubernamental, feminista, que aboga por la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay, realiza un comunicado a la población en relación a las cesáreas innecesarias. En ella se reconocen los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública por resolver el elevado índice de cesáreas, sin embargo, hacen un llamado a profundizar en las raíces profundas del problema y no solo continuar con estrategias diferentes de medicalización y mercantilización de los derechos reproductivos (MYSU, 2015).

Comunicados como éste dan una muestra de la preocupación que existe sobre el tema en la sociedad civil de Uruguay.

1.2 De problema de salud pública a problema de investigación

La preocupación de los organismos internacionales sobre el aumento sostenido a nivel global del índice de cesáreas (OMS, 1985, 2015, 2018) se ha visto acompañada de una creciente preocupación a nivel académico. La comunidad científica viene estudiando este tema y sus diversas repercusiones intentando no solo encontrar una explicación al fenómeno, sino también aportando evidencia para su contención y tratamiento.

Las cesáreas correctamente indicadas han mejorado en muchos aspectos la salud reproductiva de las mujeres. Sin embargo, su uso excesivo implicó nuevos problemas. Desde el campo de la **economía de la salud** se ha evidenciado el costo desmedido que las cesáreas implican para los servicios sanitarios, lo que conlleva a la desviación de recursos a una intervención que no cuenta siempre con la indicación clínica que la justifique, a la vez que podrían ser destinados -con mayor relación costo-eficiencia- en otros niveles de atención o políticas sanitarias (Sandall et al., 2018; Costa et al., 2018; Nápoles, Couto, 2017; Salinas et al., 2002; CLAP, 1989). El costo de la cesárea con respecto al parto vaginal por lo menos se duplica, incluso triplica, tanto por la propia intervención como por las consecuencias a corto, mediano y largo plazo (Cunningham et al., 2010). Dado el elevado número de cesáreas realizadas día a día que sobrepasan las recomendadas como criterio de mejora de los resultados obstétricos, se entiende que son gastos evitables e innecesarios, que van en detrimento de la calidad de atención que el sistema de salud en su conjunto puede brindar en otras prestaciones (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OECD], 2020).

El aumento de los costos está relacionado con tres aspectos de la intervención: recursos humanos, recursos materiales y costos de hotelería hospitalaria. La cesárea, como toda intervención quirúrgica, requiere de equipos completos de profesionales de alta especialización, con aportes de disciplinas tales como: Anestesiología, Ginecología, instrumentación quirúrgica y Enfermería, entre otros. Esto conlleva un elevado costo en salarios devenidos de esta intervención. Por otro lado, tanto los materiales técnicos, tecnológicos y farmacológicos, inciden en el costo. Por último, la cesárea requiere mayor cantidad de días de internación para evolución y seguimiento que un parto vaginal, por lo que se deben agregar los costos extras por día de hospitalización (Salinas et al., 2002; Nápoles, Couto, 2017).

Por otra parte, los costos no solo deben asociarse a la intervención propiamente dicha, sino también al riesgo de mayores complicaciones materno-neonatales a corto y largo plazo para la mujer tales como: requerimiento de cuidados intermedios o intensivos para su bebé,

histerectomía, laceraciones, infecciones, dificultades reproductivas a largo plazo, entre otras. Todas ellas, requerirán utilización de los servicios sanitarios y, por tanto, implicarán una sobrecarga económica extra para todo el sistema (Sandall et al., 2018).

Desde el punto de vista de la **investigación clínica obstétrica**, existe un interés primordial por conocer cuáles son las indicaciones de cesárea que más aportan a la tasa global de la intervención. A partir de ello, importa conocer cuáles son las causas que pueden ser evitables.

La aplicación de la clasificación Robson es una herramienta de investigación utilizada a nivel nacional, regional e internacional que ha aportado significativamente en este sentido (Martínez et al., 2018; Jogia & Mehta, 2022; Shinejil et al., 2022; Dhakal-Rai et al., 2021; Colomar et al., 2022; Ribeiro & Lira, 2019; Pinto et al., 2020; Crosby et al., 2019; Gu et al., 2020). A partir de estos estudios, se puede identificar que los grupos que mayoritariamente aportan a la tasa global de cesárea son el grupo 2a (nulíparas con bebé único en presentación cefálica con inducción farmacológica del parto), grupo 5 (gestantes con cesárea previa) y grupo 1 (nulíparas con bebé único en presentación cefálica con inicio espontáneo de trabajo de parto).

Desde este punto de partida, se proponen y establecen distintas **estrategias y medidas para la reducción y contención de la tasa de cesárea** tanto a nivel micro (centro asistencial) como macro (país o región). Estas medidas están centradas en evitar las cesáreas primarias y las cesáreas prevenibles (Hernández, 2019; Briozzo et al., 2019).

1. *Sistema de auditorías de tasa de cesárea.* Las auditorías médicas en general y en concreto, las del sector obstétrico son una herramienta fundamental para evaluar y mejorar la calidad del servicio clínico-asistencial brindado por un centro de salud (Ivers et al., 2012; Jain, Garg, 2019; Bozbiyik et al., 2020). Las auditorías sobre las cesáreas realizadas por cada maternidad y sobre cada profesional, permiten identificar cuáles son las prácticas que deben ser ajustadas para lograr una mejor asistencia al trabajo de parto y parto, sin poner en riesgo un buen resultado obstétrico. Varias de las investigaciones que incluyen el efecto del sistema de auditoría sobre la disminución del índice de cesárea han evaluado como satisfactoria esta medida, sobre todo si esta se asocia con brindar una actualización formativa sobre humanización del nacimiento a profesionales del equipo asistencial y otorgar una retroalimentación sobre los resultados de las auditorías (Robson et al., 1996; Salinas et al., 2004; Scarella et al., 2011; Runmei et al., 2012; Lesieur et al., 2018; Dekker et al., 2018; Pinto et al., 2020). De lo contrario, las auditorías por sí mismas, pueden no conseguir cambios significativos (Quibel, 2022).

2. *Segunda opinión*. Esta estrategia implica la revisión de la indicación por otro médico de igual o mayor rango (London, 2004; Althabe et al., 2004) del que está realizando el seguimiento del trabajo de parto. Varios de los estudios demuestran que esta política no repercute negativamente en la salud y bienestar materno-fetal y tiene mejores resultados si es aplicada conjuntamente con un sistema de auditorías y una política de entrenamiento y actualización del equipo asistencial más proclive al parto (Vargas et al., 2004)
3. La promoción y fomento de los *partos vaginales luego de una o más cesáreas* (PVDC)⁸. El PVDC ha demostrado ser una forma eficaz y eficiente en términos de buenos resultados perinatales para destronar la antigua máxima “una vez cesárea, siempre cesárea”⁹. Es vasta la bibliografía sobre los beneficios maternos-fetales que provoca su implementación (Cohen, Estner, 1983; Olza, Lebrero, 2016; Gabbe et al, 2019; Lazarou, 2021; Nggada, 2023) y son varias las guías clínicas en distintas partes del mundo que recomiendan la *prueba de parto* para las mujeres con una o más cesáreas como primera opción en lugar de una cesárea programada o electiva (IMSS, 2006; Ministerio de Salud-Ecuador, 2015; Galan et al., 2017; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG](2019).

También las medidas de reducción o contención comprenden evaluar los **factores no clínicos** implicados. Estos factores pueden incluir: el *tamaño y alcance del hospital* (cantidad de camas en las maternidades en relación con la población que asiste), *tipo de profesional que asiste* el nacimiento (obstetras parteras, gineco obstetras u otros), acceso y participación de la preparación para el nacimiento (*psicoprofilaxis obstétrica*), *paridad* (nuli y multiparidez) entre

⁸ Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC) o VBAC por su sigla en inglés (*Vaginal Birth After C-Section*) es un tema de larga data en la literatura médica y en el movimiento de mujeres.

Luego de que la cesárea mejorase sus resultados en cuanto a la supervivencia de la madre a comienzos del siglo pasado, esta se enfrentó al desafío de que el tipo de incisión realizada conllevaba un alto riesgo de rotura uterina en siguientes embarazos/nacimientos, por lo que una cesárea implicaba que los siguientes embarazos necesariamente debían finalizar de la misma forma, lo que aumentó significativamente el índice de cesáreas (CLAP, 1989). Sin embargo, a medida que se perfecciona la cirugía, entre ellas el lugar de la incisión, se comenzó a avanzar en el intento de parto vaginal luego de cesárea con el fin de brindar una posibilidad más segura y que no tuviera las complicaciones asociadas a una nueva cirugía. Actualmente, los PVDC tienen una tasa de éxito mayor al 50% de los intentos, incluso llegan en algunos países al 70-80% (Gabbe et al., 2019; Ruiz et al., 2021; Cubero, 2022). Es recomendada una prueba de parto para pacientes con cesárea previa y sin otros riesgos asociados (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2019; Trojano et al., 2019)

⁹ En 1916 el Dr. Cragin estableció que “una vez hecha una cesárea, siempre debe hacerse otra” debido a que el tipo de incisión realizada en esa época conllevaba un gran riesgo de rotura uterina y por tanto, mayor probabilidad de muerte materno-fetal si se intentaba un trabajo de parto. Esta situación cambió durante el avance siglo debido al cambio del tipo de incisión (transversa baja) y sutura utilizada. En nuestros días, es más recomendada la prueba de parto versus una cesárea electiva por el único factor de la cesárea previa (Rodríguez et al., 2011; Gabbe et al., 2019).

otras. La evidencia indica que las mujeres que concurren a preparación para el nacimiento durante la gestación, tienen menor incidencia de finalizar la gestación vía cesárea, al igual que las multíparas y las que concurren a hospitales chicos (menos de 50 camas) (Campero, et al., 2007). Por otro lado, existe una tendencia sostenida a nivel mundial que implica que los servicios asistenciales de *las capitales y los sectores privados*, tienen mayor índice de cesárea que los servicios en zonas no centrales y los centros públicos (Muinelo et al., 2005; Aguirre et al., 2019; Briozzo et al., 2019).

Un aspecto relevante que ha sido abordado científica y académicamente en relación a la práctica de la cesárea, tiene que ver con el **componente ético**. En este sentido, son diversos los estudios que abordan temas tales como la medicina defensiva (Vale & Miyazaki, 2019; Cruz, 2020), la inducción de la demanda (Muinelo et al., 2005), las cesáreas forzadas (Gabbe et al., 2019) y las cesáreas “a la carta” (Piloto & Nápoles, 2014; Cópola, 2015). En particular, el tema de la medicina defensiva y las cesáreas a demanda de la mujer sin justificación médica han sido abordados por diversas investigaciones a lo largo del mundo.

Las cesáreas a solicitud materna sin razón médica tienen un componente ético de complejo análisis ya que confronta dos principios fundamentales: la no maleficencia y la autonomía (Fonseca, 2017; Gabe et al., 2019; Cortizo et al., 2022). La intervención quirúrgica tiene asociados riesgos a corto, mediano y largo plazo por lo cual no sería éticamente responsable exponer a una persona sana, sin ninguna indicación médica que lo justifique, a tales riesgos. Por otro lado, las mujeres tienen pleno derecho a decidir sobre su cuerpo y su salud por lo cual no se podría, desde un punto de vista ético, desatender su pedido por considerarlo no calificado para tomar esa decisión.

El miedo al parto (tocofobia) parece ser uno de los principales motivos para la solicitud materna de la intervención. Por otro lado, persiste una creencia de mayor seguridad y menor trauma para su bebé en los nacimientos por cesárea. Por su parte, las creencias y opiniones de profesionales tratantes son otro de los factores que se encuentran por detrás de estas solicitudes. (Begum et al., 2023; Sorrentino et al., 2022; Jenabi et al., 2020; Sun et al., 2020)

No se ha logrado llegar a una respuesta unívoca de la comunidad científica internacional pero sí se han generado lineamientos tendientes a una mejor toma de decisión tanto por parte de la mujer como de quienes la asisten. En este sentido, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG, por sus siglas en inglés) emitió un comunicado en 2013, aún vigente, sobre la importancia que tiene el vínculo materno-profesional para poder establecer una buena comunicación y diálogo sobre los riesgos y beneficios de cada intervención (parto-cesárea).

Expresa también que, en caso de aceptarse la cesárea electiva por decisión materna, esta no debe realizarse antes de la semana 39 de gestación con el fin de lograr la mayor maduración pulmonar posible del feto y disminuir las consecuencias negativas sobre este. Por otro lado, expresa que la cirugía no debería realizarse como paliativo del dolor, es decir, que se deberían brindar otras alternativas para alivio del dolor como es la analgesia del trabajo de parto (ACOG, 2013).

Por otro lado, si bien no refiere propiamente a una dimensión ética, las cesáreas realizadas sin justificación médica específica desvían recursos asistenciales valiosos e imprimen una sobrecarga a los recursos materiales, económicos y humanos de los sistemas (Begum et al., 2023).

Continuando con los estudios sobre los aspectos éticos de la investigación sobre cesárea, encontramos que la medicina defensiva ha sido un campo de estudio de diversas disciplinas ya que es un problema que no solo atañe al campo de la Obstetricia, aunque esta es de las profesiones más demandadas.

El objetivo de la medicina defensiva es la pretensión de protegerse ante un eventual futuro reclamo del paciente. Se la considera una forma no ética de ejercicio profesional, desde que el acto médico deja de tener por objetivo central al paciente, trasladándose aquel al propio médico. Tampoco es un ejercicio profesional éticamente admisible si se lo analiza desde la perspectiva de la salud pública, ya que agrega enormes costos al sistema de salud, sin justificación ni beneficios para los pacientes. (Rodríguez, 2006:2)

La Ginecología y la Obstetricia son unas de las profesiones con mayores demandas y litigios de responsabilidad a nivel global desde hace muchas décadas. Esto ha ocasionado que quienes la ejercen pueden tentarse a realizar mayores intervenciones para protegerse de posibles demandas (Rudey, 2021). Sin embargo, este actuar afecta directamente el principio ético de no maleficencia. Por otro lado, este modo de actuar daña la credibilidad de los sistemas sanitarios ya que se les deposita una confianza en pro de la salud y el bienestar que será traicionada al actuar defensivamente (Vale & Miyazaki, 2019; Cruz, 2021).

Para cerrar este apartado, un reciente punto de interés de las investigaciones en los últimos años tiene que ver con las posibilidades de **humanizar la intervención**, es decir, hacer de la experiencia de una cesárea como vía de nacimiento, un evento digno, respetado y con mayor satisfacción por parte de las usuarias en relación a la experiencia. Algunas de las acciones tendientes a la humanización de la intervención tienen que ver con informar previamente de

todos los pasos del proceso, permitir que la mujer esté acompañada durante la intervención, realizar el pinzamiento oportuno del cordón (si la condición clínica lo permite), favorecer el contacto piel a piel en quirófano, no realizar la separación de mamá-bebé por motivos protocolares y ayudar a la instauración de la lactancia materna si la mujer así lo desea en la propia sala de operaciones o en los minutos posteriores (Castaño et al., 2016; Pacheco et al., 2021; Pérez, 2022).

1.3 La cesárea como área de investigación e intervención para la Psicología

El momento del nacimiento es de vital trascendencia. Por lo general, las mujeres pueden relatar con detalles minuciosos y, así como se recuerda el nacimiento, también se recuerda todo el malestar, angustia o inseguridades que pudieron haber vivido, muchas de ellas provocadas por el propio sistema sanitario (Farías, 2014; Olza, Lebrero, 2016).

La cesárea es una de las prácticas más invasivas que se pueden realizar en el proceso de embarazo y nacimiento. Su uso racional y adecuado es sin duda una de las mejores herramientas de la Obstetricia moderna. Sin embargo, como se ha planteado previamente, está siendo naturalizada como una práctica común para el nacimiento en todo el mundo.

La construcción de la cesárea como objeto de estudio de la Psicología, y en particular de la psicología de la salud, exige analizar de manera integrada los distintos niveles de determinación implicados en su alta incidencia: determinantes estructurales (de tipo social, económico, institucional, de política pública, sistema sexo-género), determinantes intermedios (de tipo familiar, servicios de salud) y los determinantes próximos (relacionados con los comportamientos, sistemas de creencias, motivaciones personales) (López, 2013). Al decir de Morales Calatayud (1999), la salud es un “proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciendo resaltar entonces la influencia de las relaciones humanas, económicas y sociales” (p. 26).

Dado que la mortalidad es un resultado poco frecuente, especialmente en países desarrollados, los estudios futuros deben evaluar la asociación entre la tasa de cesárea y la morbilidad materna y perinatal a corto y a largo plazo (por ejemplo, casos de fístula obstétrica y asfixia perinatal). Estos incluyen implicaciones psicológicas respecto de la relación madre-hijo, la salud

psicológica de la madre, la capacidad de las mujeres para iniciar la lactancia en forma satisfactoria y los resultados pediátricos (OMS, 2015).

Desde el ámbito académico se han estudiado diferentes factores que influyen en tal práctica. Sin embargo, es más escaso el conocimiento acumulado con relación a las dimensiones psicosociales, en particular los efectos a corto y mediano plazo, tomando en cuenta las perspectivas de las mujeres (Olza, Lebrero, 2016; Olza, 2012; Olza, s/f; Garel, Lelong, Marchando & Kaminskif, 1990).

Las mujeres que transitan por una o más cesáreas expresan menos satisfacción sobre el nacimiento a corto y mediano plazo que aquellas que parieron vaginalmente. De igual forma, las mujeres con cesárea tienen mayores dificultades con la lactancia y más probabilidades de abandonarla a mediano plazo que las que tuvieron parto (Di Matteo et al., 1996; Olza, Lebrero, 2016; Brasil et al., 2015; Carneiro et al., 2019).

Según algunos resultados de investigación disponibles, el nacimiento por cesárea puede implicar dificultades en el vínculo madre-hijo. Las mujeres con cesárea demoran más tiempo en poder relacionarse con su bebé al tener que separarse por los protocolos de recuperación anestésica, los cuales implican —en muchos centros asistenciales— que esta tenga lugar en una sala que no permite el alojamiento conjunto (Di Matteo et al., 1996; Olza, 2010; Farías, 2014; Melo et al., 2013). Si bien se han estudiado suficientemente los beneficios del contacto precoz (piel con piel enseguida del nacimiento), por lo general esto no es aplicado en un nacimiento quirúrgico, aun cuando la evidencia científica demuestra que no afecta la morbilidad materna-perinatal (MSP, 2009; Olza, 2010; Tessier, 2013; Adan et al., 2021). Esta separación trae aparejada, en las mujeres, sentimientos de extrañeza ante su bebé una vez que se da el encuentro, como si se tratara de otro niño, lo que genera sentimientos de ansiedad y culpa en las mujeres, dificultando a su vez el apego temprano (Olza, Lebrero, 2016; Olza, 2010; Farías, 2014; Laviña, 2014).

Tras una cesárea, la madre ha de hacer frente a un posparto mientras se recupera de un postoperatorio que conlleva dolor y limitaciones en su cuerpo (...). Nos encontramos así, con una madre que se siente dolorida y apenas puede sostener a su criatura al comienzo del posparto. (Ramírez, 2020: 106-107)

A mediano y largo plazo, se observa que las mujeres que han tenido cesárea distancian más los nacimientos o buscan menos embarazos de los deseados previamente. Entre otros motivos, expresan su temor a volver a pasar por una situación estresante como fue el nacimiento

quirúrgico (Mutryn, 1993; Garel, Lelong, Marchand, Kaminski, 1990; Olza, 2010). A nivel fisiológico, las mujeres con cesárea tienen mayor probabilidad de abortos espontáneos o pérdidas gestacionales que las mujeres que tuvieron parto (Label & DeLuca, 2007), lo que trae aparejado sufrimiento psíquico y mayor probabilidad de duelos no saludables.

Los sentimientos de temor ante un nuevo parto/nacimiento se relacionan con la mayor incidencia de depresión posparto o incluso con la presencia de Síndrome de Estrés Post Traumático (SEPT) en algunas mujeres con partos traumáticos y cesáreas (Olza, 2010; Dekel et al., 2019; Ramírez, 2020). A partir de la modificación en la definición de trauma por el DSM IV, el parto puede ser incluido dentro de uno de los posibles desencadenantes del SEPT: “se entiende que no es tan importante como haya sido el parto objetivamente (...) sino el hecho de que durante el parto la madre haya pensado que ella o su bebé corrían grave peligro y haya reaccionado sintiendo miedo, indefensión” (Olza, 2010:36). Algunos de los síntomas clásicos del SEPT como trauma obstétrico son: recuerdos continuos del nacimiento (*flashback* o pesadillas), desconexión con su bebé, necesidad de hablar continuamente del tema (monotema), búsqueda de respuesta o explicación a lo que les pasó y el porqué, desconfianza hacia el sistema de salud y sus profesionales (Olza, Lebrero, 2016; Farías, 2014).

Una conceptualización que aporta la psiquiatra perinatal Ibone Olza y el gineobstetra Enrique Lebrero (2016), tiene que ver con la **herida emocional**¹⁰. Esta se relaciona a una reacción a largo plazo frente a una situación inesperada o de estrés, como puede ocurrir con las cesáreas cuando esta no está prevista por la mujer como una posibilidad. También puede asociarse con partos traumáticos, donde la mujer cree que su vida o la de su bebé corre un peligro inminente. Se asocia con tristeza por la pérdida del parto soñado/fantaseado y una fuerte creencia de incapacidad, de “no haber sido capaz” de parir (Ramírez, 2020).

Al dolor de no haberse cumplido las expectativas sobre el parto deseado, se le añade para la madre la necesidad de reprimir lo que siente al haber pasado una cesárea, así como la obligación de vivirlo en silencio y de no quejarse, ya que impera el mandato social de estar contenta por tener una criatura viva.
(Ramírez, 202:108)

¹⁰ La “herida emocional” de la cesárea, es una cicatriz afectiva que pocas veces puede ser expresada y que cuando lo es, es juzgada por la sociedad, con frases como “es egoísta que estés triste si tu bebé está bien” (Olza, Lebrero, 2016). En este sentido, social y profesionalmente, cuesta identificar y reconocer el dolor de una mujer, que habiendo querido parir, tuvo que pasar por una cesárea, que incluye entre otras cosas, separaciones protocolares de su bebé, anulación del contacto piel con piel inmediato y alteraciones para establecer la lactancia en la primera hora de vida (Farias, 2014).

Un estudio realizado en Uruguay sobre las vivencias de las mujeres que experimentaron una cesárea¹¹ (Farías, 2014) dejó en evidencia que la intervención médica no es inocua para la salud psíquica de las mujeres. La cesárea es significada por las mujeres como una experiencia deshumanizadora del nacimiento. Se observó que las mujeres carecían de información previa sobre la cesárea, desconocían los motivos de la indicación médica, así como el tipo de práctica quirúrgica que implicaba, la falta de información durante las preparaciones para el parto o los controles obstétricos, la ausencia de consentimiento informado para la realización de la intervención, así como la despersonalización en el trato. En la misma línea, se evidenció la invisibilización de los efectos emocionales por parte del personal de salud, lo cual inhibió prevenir posibles efectos psicológicos o vivencias traumáticas generadas por las propias prácticas institucionales.

¹¹ El estudio *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*, fue una investigación de tipo exploratoria y descriptiva, desde una metodología cualitativa a partir de los relatos de mujeres que transitaron la experiencia de cesárea al finalizar su primer embarazo. El período entre la cesárea y la entrevista no debía ser mayor a un año. Se incluyó a mujeres con cobertura de salud tanto pública como privada y con indicación de cesárea coordinada e intraparto.

Capítulo 2. Objetivos y abordaje metodológico

En Uruguay, los esfuerzos por regular y promover la atención universal a la salud reproductiva han redundado en mejorar los indicadores de morbi-mortalidad materna y perinatal, especialmente aquella que puede ser evitada (Cabella, 2012; Magnone, 2022). Sin embargo, el abuso de medicalización y protocolización de los eventos obstétricos trae aparejado nuevos problemas para la salud pública, como por ejemplo el aumento del índice de cesárea y sus repercusiones en el corto, mediano y largo plazo de la vida de las mujeres, así como en los costos para el sistema sanitario (MSP, 2018). Las indicaciones de cesárea pueden tener motivos muy variados, donde el factor riesgo obstétrico es solo uno de ellos. En este sentido, considerar la cesárea como un problema de salud pública abre la posibilidad de analizar los factores psicosociales, y sanitarios relacionados a su alta incidencia en nuestro país.

Para el tratamiento del problema de investigación, nos hemos apoyado en los desarrollos de la psicología de la salud con enfoque feminista y un abordaje del modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1987).

Si bien el estudio se relaciona claramente con una temática del campo biomédico, como es la intervención quirúrgica obstétrica más utilizada a nivel mundial, se busca conocer en profundidad como los factores organizacionales del sistema de salud y los aspectos psicosociales pueden estar condicionando la toma de decisiones clínicas de los y las obstetras y cómo se relacionan con las usuarias con las cuales interactúan. En este sentido, se toman los aportes de la psicología de la salud y del modelo ecosistémico para analizar cómo los distintos factores se relacionan y complejizan el análisis del problema.

La pregunta principal que la investigación buscó responder fue: ¿cuáles son los factores psicosociales, organizacionales y sanitarios implicados en la alta incidencia de la cesárea en Uruguay?

Para ello, se establecieron una serie de preguntas subsidiarias para examinar las dimensiones implicadas en el problema de estudio, a saber:

- ¿Cuáles son las condiciones de organización del trabajo de las y los profesionales obstétricos en los servicios de salud? ¿Cómo inciden estas condiciones en la indicación de cesárea?
- ¿Cuáles son las razones, a opinión de los y las profesionales, para los elevados índices de cesárea en el país? ¿Cuáles son las estrategias de reducción que serían más efectivas?

- ¿Existen las condiciones institucionales/organizacionales para aplicar las medidas de reducción del índice de cesárea? ¿Cómo inciden en el ejercicio profesional cotidiano? ¿Cuáles son los factores que operan como obstáculos o facilitadores?

Del problema y sus preguntas se desprenden los siguientes objetivos generales y específicos.

Objetivo general:

Analizar los factores psicosociales, organizacionales y sanitarios relacionados con la alta incidencia de la cesárea en Uruguay, desde la perspectiva de los y las profesionales del área de Obstetricia.

Objetivos específicos (OE):

- 1) Identificar los factores institucionales, técnicos y laborales de los y las profesionales del área de Obstetricia asociados a la indicación de cesárea, desde sus experiencias y prácticas clínicas.
- 2) Identificar y analizar las percepciones sobre los factores que operan en el aumento del índice de cesárea.
- 3) Analizar la eficacia de la implantación de las medidas de reducción del índice de cesárea según la opinión de los y las profesionales del área de Obstetricia.

2.1 Abordaje metodológico

En función del problema de investigación, preguntas y objetivos definidos, se parte de un abordaje cualitativo a los efectos de conocer en profundidad distintas dimensiones del problema desde la perspectiva de quienes ejercen la práctica médico-obstétrica en el sistema de salud.

El abordaje cualitativo tiene sus propios rasgos que lo caracterizan (Ynoub, 2015; Flick, 2007). Por un lado, el enfoque comprensivista de la *Verstehen* (comprensión y análisis de los fenómenos sociales implicados en un problema). Por otro, un enfoque que prioriza la mirada del fenómeno social o psicológico desde la perspectiva de sus participantes. Se trata de un abordaje con énfasis en la producción de conocimiento profundo del fenómeno estudiado, integrando tanto a los sujetos como a su contexto particular y al contexto general en el cual está inmerso.

Desde estas perspectivas, cobra especial sentido como significan las personas sus interacciones con las cosas y los sujetos a su alrededor en función de sus propias experiencias

y creencias. Conocer estos modos de significación, nos permite comprender, entender y por tanto analizar, las acciones y los motivos que interaccionan con el sujeto en el día a día y en su toma de decisiones cotidianas, incluyendo las decisiones profesionales. Para ello, es importante hacer la distinción entre la persona que ejerce una profesión en el área de la salud y su rol (aparentemente) objetivo como ejecutor de una política sanitaria. Es común encontrarnos con la creencia que ambas facetas son la misma cosa, por lo general, focalizando la mirada en el rol que ejerce y no en la persona que lo ejerce. De esta forma, cubrimos con un velo de supuesta neutralidad acciones técnicas que son, ante todo, acciones personales. Al decir de Barrán (1993) “al lado del diagnóstico, el tratamiento y la receta, se vertía el consejo. Consejo y tratamiento formaban parte de una maraña donde se confundían, al grado de ya no poderse diferenciar la cultura científica y el juicio moral” (p. 130).

2.2 Diseño del estudio

Se optó por un **diseño cualitativo flexible** (Vasilachis, 2006) que implicó la adecuación y ajuste del proceso investigativo, sobre todo en la fase de recolección de datos y creación de categorías para el análisis. Por su parte, el estudio empírico realizado fue **de tipo transversal con un alcance descriptivo y analítico**.

Se utilizó como **técnica** para la recolección de los datos la entrevista en profundidad semiestructurada. Esta técnica permite poner en el centro el discurso de sus protagonistas. Esta “conversación guiada” permite acceder a las experiencias significativas a la vez que posibilita no quedarse en el discurso “políticamente correcto”, sino que busca un acercamiento “denso” al sentir y pensar de las personas entrevistadas (Callejo, 2002).

Se definió una **muestra** intencional teórica, en base a criterios de inclusión que se detallan a continuación:

- Profesionales del área obstétrica (Anestesiología, Neonatología, Ginecología y Partería) por ser los profesionales que actúan en el seguimiento del embarazo, atención durante el trabajo de parto (en el caso de que hubiera) y durante la cesárea propiamente dicha.
- Estar efectivamente ejerciendo su profesión en el área de maternidad de cualquier institución perteneciente al SNIS en el departamento de Montevideo.

La muestra buscó estar conformada con el mayor grado de heterogeneidad posible. Para ello se tuvo en cuenta contar con una amplitud de informantes considerando las siguientes variables:

edad, sexo, años de ejercicio, sector de salud (público y privado) y empleabilidad (multiempleo, único empleador).

La locación, limitada a la capital nacional, fue seleccionada por ser el departamento con mayor número de nacimientos y con mayor índice de cesáreas, tanto a nivel público como privado. Por su parte, la discriminación entre prestadores públicos y privados se sustenta en las diferencias estadísticas sostenidas a lo largo de la última década en el índice de cesárea de uno y otro (MSP, 2022).

Por tratarse de una investigación psicosocial en el área Salud, la investigación contó con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología, tal como está dispuesto por el Decreto n.º 379/008 y el Decreto n.º 158/019 sobre aspectos éticos en investigación con seres humanos.

Se priorizaron las siguientes consideraciones éticas:

- a) consentimiento informado;
- b) manejo confidencial de la información, y
- c) consideraciones específicas de situaciones que lo ameriten (en caso de que surjan en el desarrollo de la investigación).

En ese sentido, la protección de la identidad de quienes participaron se realizó mediante la codificación de los datos identificatorios, tanto de los datos personales como laborales. Del mismo modo, el manejo digital de la información fue cifrado con el objetivo de que la información no pueda ser decodificada por ninguna persona ajena a la investigación.

Se buscó que las entrevistas fueran realizadas en los contextos laborales o cercanos a las personas entrevistadas, que permitiera que se mantuvieran en su rol profesional al momento de la entrevista. La heterogeneidad (tanto en la variedad de profesiones como en edades, sexo, años de ejercicio, etc) permitió acercarnos a una diversidad de perspectivas lo cual facilitó contar con material empírico (texto) para elaborar una reconstrucción e interpretación del tema abordado.

Para realizar las entrevistas, se elaboró una pauta-guía con el fin de orientar las áreas de exploración de acuerdo a los objetivos definidos. Esta se organizó en torno a los siguientes ejes:

- a) rol profesional (incluye la relación con el resto del equipo asistencial y los niveles de jerarquía para la toma de decisiones);

- b) la cesárea como asunto de salud pública (incluye la opinión sobre el estado actual de la situación epidemiológica, la posibilidad de seguimiento de las recomendaciones nacionales e internacionales), y
- c) opinión sobre las causas que influyen en el aumento o disminución del índice de cesárea y opinión sobre las posibles medidas de reducción efectivas.

Las entrevistas fueron realizadas en el periodo 2017-2018 en modalidad presencial y tuvieron una duración de entre una hora y una hora y media. En la amplia mayoría de los casos se realizó en el ámbito laboral, en el día y horario que estimaron conveniente. En el resto de los casos, se realizó en sus domicilios.

La **estrategia de captación** utilizada fue la difusión e información sobre la presente investigación entre profesionales de la salud con quienes ya teníamos contacto de investigaciones anteriores. Posteriormente, se continuó exclusivamente con la técnica de “bola de nieve”, “en donde se identifican los casos de interés a partir de alguien que conozca a alguien que puede resultar un buen candidato para participar” (Martínez, 2012, p.616). En este sentido, se solicitó a cada profesional que nos remitiera contactos, tanto de su área de actuación como de las otras profesiones incluidas en la muestra.

La muestra final de **participantes** quedó constituida por 37 profesionales: 11 profesionales de la Partería, 10 de Ginecología, 7 de Neonatología y 9 de Anestesiología. Se logró una captación heterogénea en relación a la edad, sexo y años de ejercicio profesional. Sin embargo, la excepción a tal heterogeneidad estuvo presente en la empleabilidad ya que la amplia mayoría de participantes tienen multiempleo y trabajan tanto en el sector público como privado de atención de la salud.

En la tabla 01 se presentan la caracterización de participantes (sexo, edad, años de egreso e instituciones en las que trabajan).

Tabla 01: Distribución de sexo, edad, años de egreso e instituciones en las que trabajan según tipo de profesión.

Profesionales	Anestesiología (9)	Neonatología (7)	Ginecología (10)	Partería (11)	Totales (37)
Mujer	5	3	6	11	25
Varón	4	4	4	0	12
Promedio edad (años)	43	49	44	38	43
Media edad (años)	39	47	43	37	41
Promedio años ejercicio profesional	8	12	13	13	12
Media años ejercicio profesional	6	7	12	9	8
Trabajan en una institución	0	0	1	4	5
Trabajan en dos instituciones	1	1	5	5	12
Trabajan en más de dos instituciones	8	6	4	2	20
Sector público	0	0	0	3	3
Sector privado	1	0	4	1	6
Ambos, Público y Privado	8	7	6	7	28

2.3 Estrategia de análisis de la información

Las entrevistas fueron grabadas previa obtención del consentimiento informado. Posteriormente se desgrabaron y se procedió a su codificación mediante método inductivo. Se procedió a generar códigos y categorías operacionales y empíricas a partir de los objetivos propuestos e incorporar las categorías emergentes de las entrevistas (Krippendorff, 1990; Piñuel, 2002). De esta forma, la reducción de los datos permite que sean organizados en categorías analíticas conceptuales. A partir de las categorías, accedemos a los significados de los datos para poder encontrar conexiones con la teoría. Además, que permite identificar códigos emergentes, que no pudieron preverse desde la teoría y que emergen del propio discurso de los y las participantes.

De esta forma, se desplegó el **análisis de contenido** para develar la evidencia latente a partir de las dimensiones diagramadas por los objetivos. Dos procesos analíticos se realizaron, por un lado, las que resultaron de un análisis longitudinal de los datos obtenidos en cada uno de los grupos de profesionales por separado y por otro, un análisis transversal de todos los grupos. Estas dos estrategias nos posibilitaron no solo conocer las experiencias individuales (a partir de cada rol profesional), las generalidades (de todos los y las profesionales del área de Obstetricia), sino también conocer las opiniones de cada grupo sobre otros roles y prácticas que no eran los suyos.

Se definió una primera versión de códigos y categorías a partir de la pauta de entrevista (estrategia deductiva) que luego fueron enriquecidos a partir de la lectura del material empírico (análisis inductivo). Finalmente, se procedió al análisis de las dimensiones resultantes, tal como se muestra en la tabla 02.

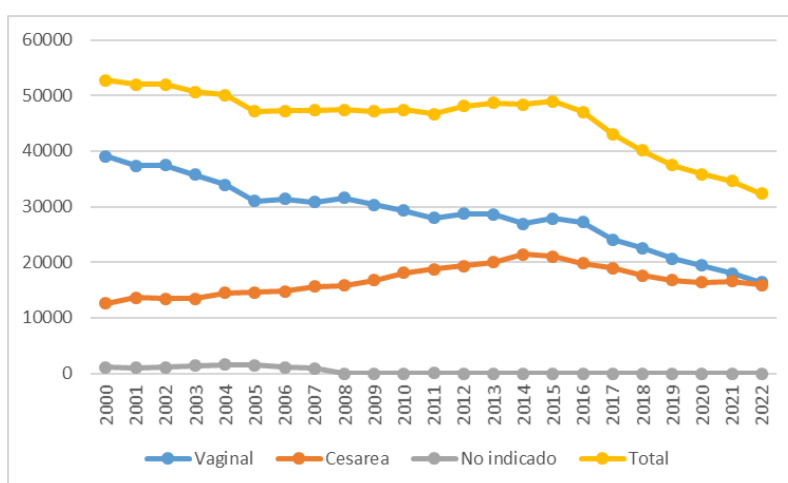
Tabla 02: Esquema analítico

Dimensión	Objetivos	Categorías	Subcategorías
Sanitario	(OE1) Conocer los lineamientos y guías de actuación que orientan el ejercicio clínico en el campo de la Obstetricia	Atención sanitaria a la gestación y el nacimiento	— Cesárea como un problema de salud pública
Sanitario	(OE1) Analizar las condiciones de trabajo de los y las profesionales del área obstétrica y su relación con la toma de decisiones obstétricas.	Organización y condiciones de trabajo Toma de decisión técnica	— Trabajo en equipo. Equipo de trabajo o (equipos de retén, falta de equipo) — Protocolos específicos
Psicosocial	(OE2) Identificar y analizar las percepciones de profesionales sobre los factores que operan en el aumento del índice de cesárea.	Percepciones de profesionales sobre cesárea Percepciones de profesionales sobre las mujeres Normatividad social sobre maternidad	— Creencia de mayor seguridad — Medicina defensiva — Aspectos económicos — Tiempo (apuros, fin de las guardias) — Ausencia de protocolos — Pedido materno — Retraso de la maternidad — Falta de preparación — Medicalización de la sociedad
Psicosocial	(OE3) Identificar los obstáculos y posibilidades de instrumentar las medidas de reducción de cesárea	Condiciones institucionales Condiciones técnico-profesionales	— Analgesia en el parto — Preparación para el parto — Humanización del modelo asistencial

Capítulo 3. El contexto de la cesárea en Uruguay y sus principales determinantes desde un modelo ecosistémico.

En la actualidad, los nacimientos a nivel nacional vía vaginal representan el 52 % del total de nacimientos mientras que el 48 % restante son vía cesárea (Gráfico 1).

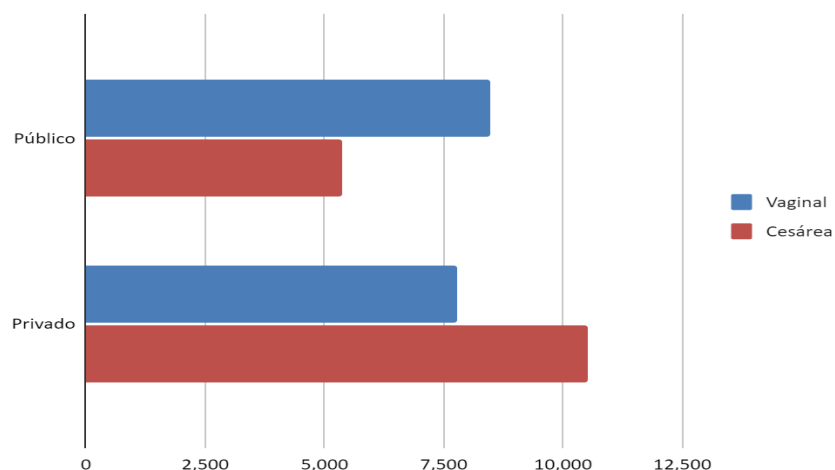
Gráfico 1: Nacimientos en Uruguay y vías de finalización 2000-2022



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de estadísticas vitales del MSP

Para el 2022, la mayor incidencia de cesáreas se produce en los servicios del subsector privado (tanto en la capital como en el interior del país) (Gráfico 2) y en mujeres mayores a 30 años.

Gráfico 2: Vía de finalización del embarazo por sub sector de salud en el año 2022



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Estadísticas Vitales del MSP

Siguiendo los datos de las estadísticas vitales del MSP¹², se puede afirmar que en la última década se ha logrado una mejora significativa en la captación temprana de los embarazos y un seguimiento de los mismos durante todo el proceso gestacional¹³. La morbi-mortalidad materna prevenible se ha reducido hasta valores óptimos. Sin embargo, el elevado índice de cesáreas ha sido un eslabón que aún no ha podido ser mejorado, a pesar de los esfuerzos institucionales para su contención.

Para analizar el contexto de la cesárea y sus principales determinantes en el Uruguay optamos por utilizar el **modelo ecológico de desarrollo humano** (Bronfenbrenner, 1987). Entendemos que este modelo aporta un marco conceptual que permite acceder a las complejidades implicadas en la atención al nacimiento en general y al nacimiento por cesárea en particular.

El desarrollo humano es un proceso multifacético que ha sido objeto de estudio y reflexión desde diversas disciplinas a lo largo de la historia. Uno de los enfoques más influyentes y ampliamente aceptados en su comprensión es el modelo desarrollado por Urie Bronfenbrenner (1987) en la segunda mitad del siglo xx. Este ha proporcionado una perspectiva integral y sistémica para entender cómo el entorno influye en el desarrollo de los individuos. Se considera a la persona, organización o grupo como un ecosistema en el que se reconoce su especificidad en relación con la influencia de sus relaciones con el entorno más o menos cercano. Se trata

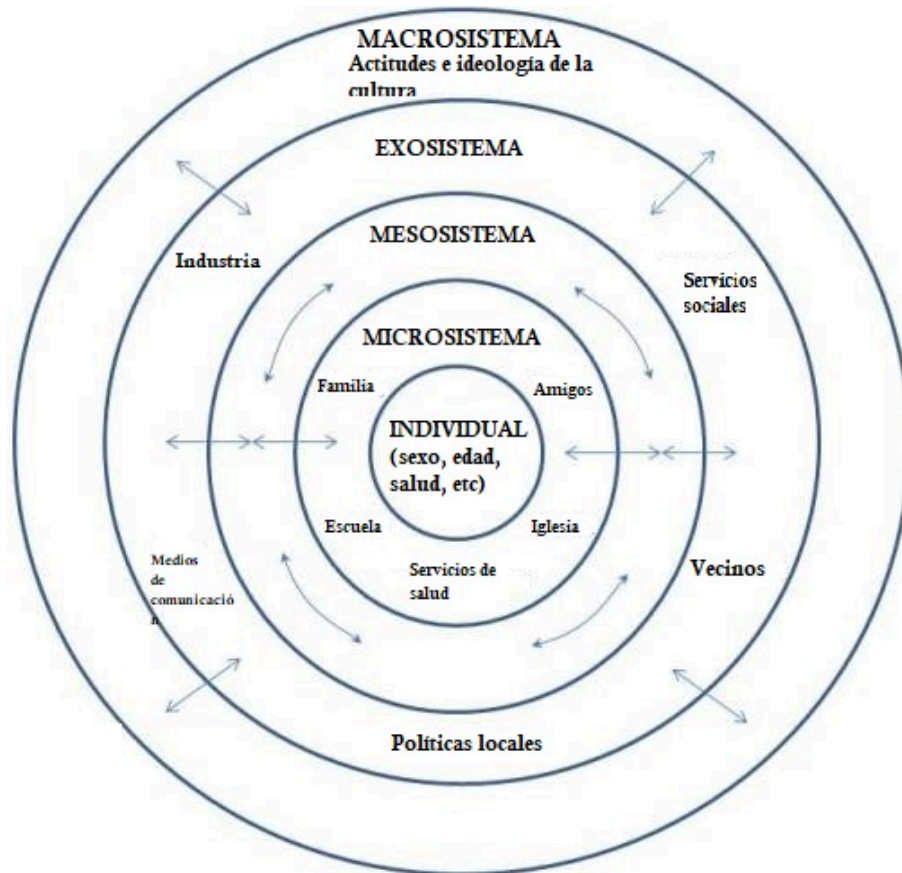
¹² Toda la información sobre Estadísticas Vitales se encuentra disponible en <https://uins.msp.gub.uy/>

¹³ La recomendación institucional es poder tener al menos cinco controles gestacionales durante el embarazo. Si bien estos son los mínimos aceptados, se sugiere, para embarazos normales bien controlados, que los controles gestacionales se realicen una vez por mes hasta la semana 32, cada 15 días entre la semana 33 y la semana 36, y una vez por semana a partir de la semana 37, totalizando un aproximado de entre 11-16 controles (MSP, 2018).

entonces de comprender desde una visión heurística, no desde las visiones explicativas y generalistas.

Bronfenbrenner propuso una serie de sistemas concéntricos, cada uno de los cuales representa un nivel diferente de influencia en el desarrollo humano. Estos niveles, que van desde lo más cercano de la persona hasta lo más lejano, pero siempre en continua interacción, son los siguientes:

Figura n.º 01: Esquema del modelo ecológico del desarrollo humano



Fuente: Bronfenbrenner (1987)

Microsistema: se refiere al entorno más inmediato, como la familia, la escuela, sus amistades y otras instituciones con las que interactúa cotidianamente. En el microsistema, se producen las interacciones más directas y significativas que influyen en el desarrollo.

Mesosistema: se refiere a las relaciones y conexiones entre los diferentes microsistemas en la vida de la persona. Por ejemplo, la relación entre la familia y la escuela o entre la escuela y la comunidad. Estas interacciones pueden tener un impacto significativo en el desarrollo.

Exosistema: incluye contextos o entornos en los que la persona no está directamente involucrada, pero que ejercen influencia en su desarrollo. Por ejemplo, el lugar de trabajo de padres y madres puede tener un impacto en la vida familiar y, a su vez, en el desarrollo de niños y niñas.

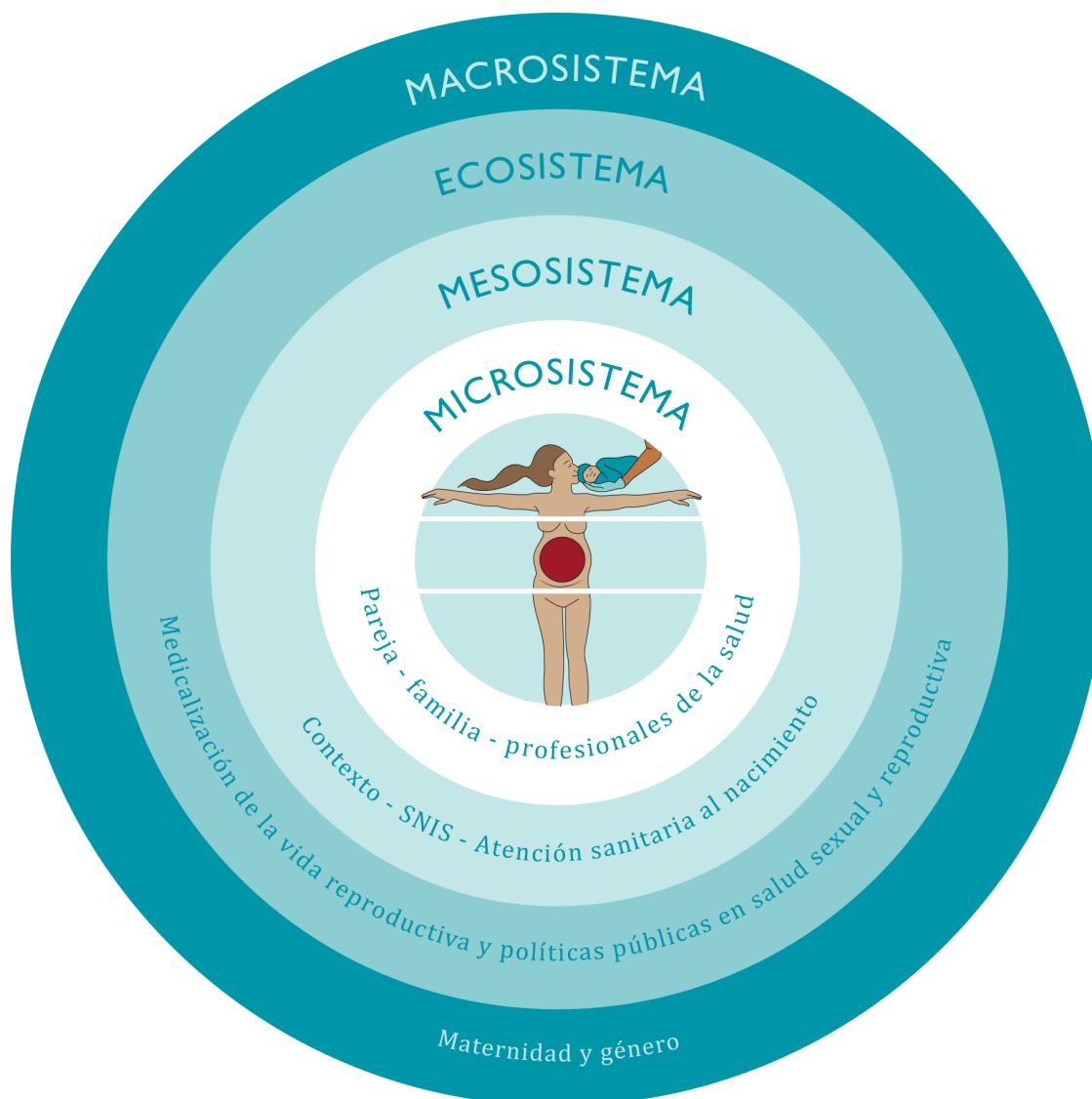
Macrosistema: refiere a las influencias culturales, sociales y políticas más amplias que moldean la sociedad en su conjunto. Esto incluye normas culturales, valores, sistemas políticos y económicos y creencias sociales. El macrosistema va a influir en todos los demás niveles en el modelo ecológico.

El modelo ecológico humano de Bronfenbrenner ha sido ampliamente utilizado en la investigación y la práctica en diversos campos, incluyendo la psicología, la educación, la sociología y el trabajo social (Unger et al., 2013; de Oliveira & Caixêta, 2017; de Souza et al., 2021; Ochoa et al., 2021; Bah et al., 2023). Su importancia radica en reconocer la complejidad y multiplicidad de factores que están vinculados al desarrollo humano y, por tanto, la necesidad de investigar sobre los diferentes niveles implicados y no solo en los aspectos individuales.

Ejemplo de ello es la propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal que presentaron Ibone Olza y colaboradores en 2021. La propuesta integra el modelo ecosistémico de Bronfenbrenner, la perspectiva de género, la epigenética y la teoría de apego para describir, analizar y explicar los aspectos psíquicos del embarazo, nacimiento y posparto desde la perspectiva de la mujer, el bebé y la familia. Con ello, se pretende proporcionar herramientas útiles para lograr una atención de calidad para la maternidad, apostando a la “escucha, el acompañamiento y la psicoterapia como herramientas básicas en la atención comunitaria e individual a madres, bebés y familias” (p. 23).

Del mismo modo, consideramos que la aplicación de este modelo al tema que nos convoca puede brindarnos herramientas para comprender el fenómeno del aumento del índice de cesáreas a nivel nacional y global. Nos permite entender la complejidad del asunto, no solo como un dato clínico-individual, sino en el diverso entramado de las relaciones sociales, institucionales e ideológicas en las que se insertan sus protagonistas. Para ello, realizaremos un análisis interpretativo de cómo entendemos que están compuestos cada uno de los sistemas (macro-, exo-, meso- y microsistema) para el caso de la atención al nacimiento en general y la cesárea en particular.

Figura n.º 02: Esquema del modelo ecológico del desarrollo humano para el caso de la cesárea



Fuente: adaptación propia. Diseño vectorizado de la misma: Estudio Ulbia @estudioulbia

En el centro del esquema ubicamos a la **mujer embarazada**, es decir, quien lleva adelante una **gestación**, idealmente a término, y que se enfrenta a la finalización del mismo. Esta mujer tiene características individuales —biológicas, emocionales y psicológicas— que la pueden condicionar a que el desenlace de la gestación se dé vía parto o vía cesárea. Algunos de estos factores sociodemográficos de la mujer embarazada que pueden incidir en una mayor probabilidad de finalizar el embarazo de forma quirúrgica son: edad gestacional igual o mayor a 41 semanas, ser menor de 15 años, ser primeriza, obesidad pre-gestacional o la ganancia de peso desmedida durante el embarazo (Salinas et al., 2004; Lopez et al., 2014). Otros datos clínicos también pueden tener los mismos efectos predictores, tales como haber tenido una o más cesáreas previas, diabetes gestacional no controlada o hipertensión que no responde a los

tratamientos, entre otras comorbilidades. Por su parte, factores no clínicos de la gestante, pero sí de su contexto inmediato, como ser si su prestador de salud es público o privado o si reside en la capital o en el interior del país, también pueden aumentar las probabilidades de un nacimiento por cesárea (Campero et al., 2007; Muinelo et al., 2005; Aguirre et al., 2019; Briozzo et al., 2019).

Estos factores individuales —biológicos o clínicos—, no son los únicos que estarán influyendo en la que finalmente sea la vía de finalización del embarazo. Se van a conjugar, a su vez, diversos factores externos (no clínicos y contextuales) que tendrán la potencialidad de incidir en sus decisiones y en la de quienes la asisten. Los mismos serán analizados a continuación utilizando como herramienta el modelo ecosistémico (Bronfenbrenner, 1987).

3.1 Nivel macrosistémico: normas de género

El macrosistema se refiere a la coherencia que se observa, dentro de una cultura o subcultura determinada, en la forma y el contenido del micro-, el meso- y el exosistema que lo integran, así como también en cualquier sistema de creencia o ideología que sustenta esta coherencia. (...) [los] patrones sistemáticos de organización y conducta encuentran apoyo en los valores que suelen defender los miembros de una cultura o subcultura determinada.

(Bronfenbrenner, 1987:281)

Para comprender el **macrosistema** del tema que nos convoca, es necesario poder adentrarnos en las actitudes e ideología que la cultura occidental ha producido y reproducido a partir de normas de género específicas para lo masculino y lo femenino.

La **teoría de género** ha sido empleada por las teóricas feministas como una forma de visibilizar y explicar la organización social diferencial para quienes denotan un sexo u otro (Scott, 1986). El género se presenta como una construcción social y cultural en la cual cada sociedad, en un periodo histórico específico, establece de manera diferenciada capacidades, prohibiciones, atributos, derechos y responsabilidades para mujeres y varones. Dichas expectativas —externas— que se generan son leídas en clave de rol. Los **roles de género** son interpretados o actuados con el fin de obtener el reconocimiento como varón o como mujer. La interpretación del rol tiene una contrapartida interna que conocemos como identidad de género,

una dimensión personal que puede traducirse en términos de *yo me siento*, pero con un anclaje colectivo, ya que, en definitiva, lo que se busca es parecerse al modelo de mujer o varón. Esta compleja construcción del género, donde las subjetividades se construyen a través de expectativas sociales diferenciadas, trae aparejada la inevitable jerarquización. Se produce entonces una valoración de atributos categorizados para mujeres o varones que aseguran determinadas relaciones de poder. Se puede entender así al género como un sistema de relaciones sociales, basadas en la diferencia sexual, que coloca a la mujer en un lugar de subordinación en relación al varón, sustentado por “relaciones significantes de poder” (Scott, 1986:23).

El poder —las **relaciones de poder**— son un elemento constitutivo de las relaciones entre lo masculino y lo femenino (Scott, 1986). Se asignan a los hombres roles que históricamente han llevado consigo más poder y prestigio, mientras que a las mujeres se les ha asignado roles considerados como secundarios o subordinados. Esta construcción adquiere así una dimensión que atraviesa lo político, respondiendo a un modelo social con determinados intereses —y consecuencias—, que marca posiciones desiguales, donde la categoría *mujeres* queda subordinada a la categoría *varones* (Millett, 1974).

Las relaciones desiguales de poder en la sociedad atraviesan los ámbitos laborales, políticos, educativos, familiares, e, incluso, profesionales. Esta forma de relacionarse mediada por estrategias que aseguran el *statu quo* restringe la posibilidad de acción a través de mecanismos de poder y control social. Las estructuras de poder fundadas sobre las diferencias sexo-genéricas atravesarán así toda la organización social, tanto en la esfera pública como privada.

Para entender cómo y por qué se sustentan estas relaciones de poder debemos considerar el contexto macrosocial; es entonces cuando el concepto de **patriarcado** cobra particular relevancia. El patriarcado como ideología dominante tiñe toda construcción cultural y, por tanto, nuestro entendimiento del mundo y sus relaciones. En su lógica interna, las mujeres y los varones tienen determinadas características (que el mismo patriarcado impone), por las cuales actuarán de tal o cual manera, dando como resultado relaciones de poder que podríamos llamar preanunciadas. Según Lerner (1990), la imposición y consiguiente naturalización de la diferencia entre hombres y mujeres, que las presentan como seres incompletos y defectuosos apoyándose en una lógica mítica, es lo que termina de consolidar la ideología patriarcal. La dominación femenina se vuelve así un presagio, una profecía autocumplida e inevitable en ese marco ideológico. Pero debemos considerar que las relaciones individuales entre las personas no representan el límite, esta estrategia de poder y control social se vale de acciones individuales, colectivas, e incluso disciplinares o institucionales para lograr sus fines.

Siguiendo los planteos de Joan Scott (1986), se pueden identificar cuatro dimensiones esenciales para comprender el sistema de géneros en nuestras sociedades occidentales: en primer lugar, lo normativo, que engloba un conjunto de reglas instituidas y respaldadas por elementos simbólicos; en segundo lugar, lo simbólico, que abarca las representaciones del imaginario social acerca de lo femenino y lo masculino, así como sus interrelaciones; en tercer lugar, lo político institucional, referido al sistema de instituciones que continuamente definen y redefinen las relaciones de género en la vida cotidiana (entre las que se puede ubicar el sistema/poder médico), y, finalmente, lo subjetivo, que refleja la estructuración en el ámbito subjetivo y psíquico de los procesos de aprendizaje relacionados con lo que implica ser varón o mujer.

El concepto de género no solo refiere a una descripción de las relaciones entre varones y mujeres en la sociedad (incluyendo sus instituciones y organizaciones), sino que además puede ser utilizada como una **categoría analítica**. De esta forma, permite conocer los complejos procesos sociales que explican cómo se estructuran y expresan los símbolos y características que definen lo masculino y lo femenino y cómo se representan como construcciones culturales opuestas y simétricas. Esta visión del género como un complejo sistema de relaciones de poder plantea la necesidad de un modelo de análisis particular: es así que surge la noción de *perspectiva de género*. Su uso puede aplicarse al estudio de fenómenos micro- o macrosociales y plantea un análisis crítico, poniendo el foco en cómo dichas relaciones desiguales afectan el resultado. Se toman en cuenta elementos tales como la construcción de subjetividades, la división sexual del trabajo, el acceso a recursos y la posibilidad de incidir en la toma de decisiones, entre otras (López y Quesada, 2002).

A través de diversos procesos de socialización las personas adquieren conocimientos acerca de las expectativas que se tienen respecto a ellas basadas en su sexo biológico. Estas expectativas se tornan normas ya que no cumplirlas implica el riesgo de someterse a juicio y quedar al margen en términos sociales e, incluso, de derechos. La perspectiva de género proporciona una herramienta teórica útil para explicar estas normas y las relaciones de poder que las sostienen y reproducen. En este sentido, podemos decir que la **maternidad** ha sido considerada como una de las principales funciones asignadas a las mujeres y lo femenino en la sociedad. *Mujer y maternidad* son dos conceptos indivisibles en la cultura occidental y cristiana, eje central del ideal de feminidad. Se espera que las mujeres asuman el papel de cuidadoras principales y sean responsables de la crianza. Este enfoque tradicional ha llevado a la percepción de que la maternidad es un componente intrínseco de la feminidad, lo que a su vez ha creado normas y expectativas en torno a cómo deben comportarse y qué deben priorizar las mujeres. Las expectativas en torno a este rol materno —que ha desempeñado un papel

significativo en la construcción de las identidades de género— han influido en las percepciones y experiencias de la maternidad y cómo la sociedad (incluyendo sus instituciones) se ha relacionado con las mujeres.

Simone de Beauvoir fue una de las primeras teóricas feministas en dejar en evidencia el carácter de construcción social de la maternidad, cuestionando que se trate de una experiencia natural y esencial de la feminidad (Saletti, 2008). Sostenía que la maternidad se imponía a las mujeres como su "destino" y que esta imposición era parte de un sistema más amplio de opresión de género. "No se podría obligar directamente a la mujer a dar a luz: todo cuanto se puede hacer es encerrarla en situaciones donde la maternidad sea para ella la única salida" (De Beauvoir, 2011:59).

La posibilidad biológica de la gestación no está necesariamente conectada con el proyecto de vida de cada mujer. Sin embargo, hasta nuestros días, la maternidad es una sombra del deber ser que recae sobre las mujeres, quieran o no ser madres. No solo eso, sino que, además, la glorificación del amor maternal y el ideal de la "buena madre" se arraigan al pensamiento colectivo de las sociedades occidentales. De hecho, hasta principios del siglo xx se fortalece la "maternalización de las mujeres", que Blázquez y Montes (2010) lo describen como un proceso en el que no fue suficiente dejar que el instinto maternal siga su curso a cargo de cada mujer, sino que era necesario instruir en cómo hacerlo adecuadamente.

A lo largo del tiempo, las normas de género en relación con la maternidad se han ido transformando. A impulsos de la segunda ola del feminismo hacia mediados de la década de los 70 del siglo xx, desde los países centrales se inicia un proceso creciente de reconocimiento a la diversidad de las experiencias de maternidad y se promueve la igualdad de género en la crianza. Esto incluye la participación activa de los padres en las tareas de cuidado. En este sentido, la perspectiva de género impulsa transformaciones de la masculinidad tradicional hacia nuevas formas de construcción y ejercicio de masculinidades corresponsables. Sin embargo, aún recae exclusivamente sobre las mujeres el lugar de abnegación por encima de todo. Es decir, para la madre, no debería haber nada más importante que su cría, aun a costa de su propia salud y autonomía.

Los mandatos de género sobre la maternidad han encontrado en el **poder médico** un aliado. Desde la revolución industrial encontramos indicios de cómo se impuso sobre las mujeres el deber exclusivo de velar por la sobrevivencia de sus infantes con directrices muy específicas sobre alimentación y cuidado, a lo que se sumaban indicaciones para cumplir adecuadamente su rol de esposa (Foucault, 1979; Badinter, 1991). Al decir de Natalia Magnone, "la imposición de la madre patriarcal (institucionalizada) tiene el objetivo de crear seres humanos fáciles de

someterse al sistema hegemónico para alimentar sociedades inequitativas y jerárquicas”. (2010: 15)

Así como se configuraba el ideal de maternidad en toda mujer, se desvalorizaba e infantilizaba la figura de la madre, y se transformaba en alguien que necesitaba del saber médico para cumplir correctamente su rol (Nash, 2000; Colmenar, 2013). El cuerpo y autonomía de las mujeres quedan relegados entonces por un bien mayor: el fruto de la gestación. La mujer debe obedecer y acatar todas las indicaciones realizadas a efectos de cumplir con su rol de madre, aun cuando esto la inhabilite a expresar sus deseos o sus propias decisiones (Magnone, 2010, 2021).

La transmisión de los mandatos de género quedará en las eficaces manos de los ejes de poder dentro del entramado social, entre ellos, el cuerpo médico y las instituciones de salud como representantes del conocimiento. No obedecer ya no solo representa la rebelión que causa marginación, sino que también nos colocaría del lado de la ignorancia, en un mundo donde lo más valorado es el conocimiento —médico—.

Pero dentro del propio sistema de salud no todas las voces son igual de autorizadas, no todas las especialidades cuentan con la misma cuota de poder. Es allí donde vemos el ejemplo de cómo la ideología dominante traduce las relaciones de poder asociadas al género al terreno disciplinar. Las profesiones o especialidades asociadas tradicionalmente a lo femenino suelen quedar en un lugar de subordinación frente a las que se asocian a los roles masculinos. El personal de Enfermería e, incluso, de Partería, termina quedando en un lugar de espera de la voz realmente autorizada, que es la voz médica (Vallana, 2020).

Teniendo en cuenta la inequidad en el ejercicio de poder que se da entre profesionales de la salud, es de esperar que otras voces, como las de las protagonistas, no sean siquiera tomadas en cuenta en el proceso de atención, aunque se trate de sus propios cuerpos, su salud, y su experiencia reproductiva.

3.2 Nivel exosistémico: medicalización de los eventos reproductivos

Al definir el exosistema, se ha dicho que comprende uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los que se producen hechos que afectan o se ven afectados, por lo que ocurre en

ese entorno. (...) Es necesario establecer una secuencia causal que implique al menos dos pasos: el primero, que conecte los hechos que se producen en el entorno externo con los procesos que tiene lugar en el microsistema de la persona en desarrollo, y el segundo, que vincule los procesos del microsistema con los cambios evolutivos que se produzcan en una persona dentro de su entorno. La secuencia causal también puede avanzar en dirección contraria.

(Bronfenbrenner, 1987:261)

El ideal de mujer-madre encuentra en el **exosistema** las condiciones que posibilitan que el cuerpo de las mujeres sea transformado en un instrumento para la gestación, un objeto donde la Medicina actúa e interviene (Erviti, 2010; Hotimsky, 2010).

La **medicalización de los eventos reproductivos de las mujeres** ha sido objeto de especial atención a partir del siglo XVIII. Previo a ello, el embarazo/parto era un asunto íntimo femenino y no parecía atraer la especial atención de la Medicina (Vallana, 2020; Hutter, 2010). Sin embargo, los desarrollos científicos del siglo XVIII comenzaron a utilizar las diferencias anatómicas entre varones y mujeres para justificar o argumentar las capacidades de unas y otros. Así, el tamaño más pequeño del cráneo de las mujeres justificaba que se las considerara intelectualmente inferiores, y el tamaño de su pelvis era un argumento irrefutable de su biológico rol de maternidad (Vallana, 2020).

Los procesos fisiológicos de las mujeres (menstruación, embarazo, menopausia) comenzaron a calificarse como *insanias* sobre las cuales la Medicina debía ocuparse (Arguedas, 2014). De forma paulatina se fue ejerciendo una apropiación y disciplinamiento del cuerpo de las mujeres por parte de la Medicina que fue constituyendo a lo femenino como paciente, ya no por una enfermedad externa, sino por su propia biología.

El concepto de **medicalización** surge desde las ciencias sociales y se ha convertido en una herramienta indispensable para el análisis de la salud, la enfermedad y el relacionamiento de las personas y los Estados con la Medicina (Davis, 2009; Bianchi, 2019). Ha sido ampliamente estudiado por diversas disciplinas y se ha podido evidenciar la influencia del **saber/poder médico** en la cotidianeidad de las personas, las organizaciones y los Estados (Vallana, 2020; Sadler, 2021). Las sociedades occidentales han naturalizado la medicalización de la vida cotidiana, y le otorgan un rol preponderante a la Medicina y a los profesionales de la salud como sus ejecutores (Foucault, 1984; Barrán, 1993).

La medicalización de nuestra sociedad, entendiendo como tal la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos (...) se transforma en uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad cultural. (Portillo, 1993:17)

Sin embargo, es interesante cómo en la actualidad los países desarrollados se enfrentan a una paradoja de la salud: cuanto mayor es la atención y servicios de salud en una sociedad, mayores son los problemas declarados en salud, al tiempo que cuantos más recursos económicos son invertidos en salud y sus servicios sanitarios, mayor es la cantidad de población que demanda su atención y se encuentra enferma (Pérez, 2011). Autores como Orueta et al. (2011) advierten que la salud ha pasado de ser un derecho a convertirse en un bien de consumo, incapacitando a las personas para cuidarse de sí mismas y hacerlas dependientes de la Medicina.

Quizás pueda ser más clara la definición que considera la medicalización como la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de relaciones interpersonales. (Orueta et al., 2011:151)

Para que el proceso de medicalización se haya instalado en las sociedades occidentales fue necesario una serie de pasos o acontecimientos que se fueron dando a través del tiempo y que están sistémicamente interconectados entre sí. En primer lugar, generaron cambios en el concepto de salud-enfermedad. Actualmente, por ejemplo, estamos en un tiempo histórico en que el no enfermar es más valorado incluso que el estar sano. La concepción de salud como aquella que nos permite desarrollarnos integralmente ya no es suficiente. Evitamos el sufrimiento, el dolor o, incluso, todo aquello que nos haga parar (cortamos la gripe con antigripales, cortamos los dolores de cabeza con analgésicos, cortamos el cansancio con energizantes, cortamos el duelo y el dolor con psicofármacos, cortamos el dolor menstrual con antiinflamatorios) (Orueta et al., 2011). El problema radica además en que no solo se quiere evitar el malestar, sino que se busca que sea nombrado (diagnosticado) y corregido (tratado). Cada vez más las “no enfermedades¹⁴” forman parte de los motivos de consulta y, por consiguiente, de tratamiento en los sistemas de salud (Pérez, 2011).

¹⁴ Las *no enfermedades* pueden ser entendidas como un problema humano catalogado desde algunas instancias como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así (Pérez, 2011:73). Algunas de las no enfermedades más frecuentes en las consultas son: envejecimiento, trabajo, calvicie, embarazo/parto, soledad, infelicidad.

A su vez, la sociedad occidental se encuentra en un momento en el que los niveles de tolerancia al malestar son muy bajos y se busca soluciones inmediatas a los problemas. Esto viene de la mano, a su vez, de la incapacidad de los sujetos de autocuidarse o de buscar su propio bienestar en términos de salud bioemocional. Se pretende que las respuestas a los problemas sean dadas desde los sistemas de salud y sus profesionales.

Los sistemas sanitarios, los medios de comunicación y las industrias tecnológicas-farmacéuticas han sido un eslabón insoslayable para que estos procesos fueran aconteciendo, se instalaran en la sociedad y se naturalizaran (Orueta et al., 2011).

Podemos acordar entonces, con lo planteado por Daniel Elío (2022) respecto a la medicalización, que esta trae aparejadas consecuencias tanto para la sociedad como para los sistemas de salud.

Las principales consecuencias para la sociedad son: medicalización creciente de la vida; percepción de peor salud permanente; sanitización de la sociedad (mayor dependencia del sistema sanitario); aumento de enfermedades y problemas de salud iatrogénicos; aumento del consumo de fármacos; sentimiento de frustración, disminución de la competencia individual y disminución de los recursos informales.

Las principales consecuencias para las instituciones y los profesionales son: sistemas sanitarios desbordados; aumento del gasto sanitario; pérdida de efectividad y equidad del sistema; deshumanización de la atención; transformación de factores de riesgo en enfermedades; aumento de iatrogenia, alteración de la relación médico-paciente e insatisfacción de los profesionales. (p. 83)

La atención al embarazo y nacimiento es un claro ejemplo de cómo un proceso de salud se transforma en un proceso de enfermedad pública. Un proceso fisiológico es transformado, evaluado e intervenido desde los posibles efectos negativos (Saforcada, 2012; Saforcada, Moreira, 2014).

Progresivamente se impone un dominio absoluto del proceso por parte del aparato médico con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo. El poder y la autoridad de los médicos legitiman con sus discursos esa práctica y subordinan la maternidad al modelo biomédico. De esta manera, la medicina construye el proceso reproductivo desde una perspectiva médica hegemónica patologizante. (Arnau et al., 2012:227)

Las embarazadas son tratadas por los sistemas sanitarios (instituciones y profesionales) como si fueran una bomba de relojería a punto de estallar. Con cada control, con cada paraclínica, con cada examen se espera encontrar un indicio de enfermedad o patología a la cual tratar. Tales prácticas son la expresión de un **modelo de atención en salud** denominado **individual-restrictivo** (Saforcada, 1999), donde el cuerpo solo es una expresión biológica a la que podemos acceder y controlar para evitar que enferme. Es un modelo que se restringe a una única dimensión (biológica), no dando cabida a los componentes sociales y culturales, así como tampoco a la dimensión afectiva y psicológica.

En el siglo xx, un punto de inflexión en la medicalización de los procesos reproductivos fue su patologización¹⁵. La noción de riesgo comienza a primar sobre la fisiología. Los embarazos son categorizados según sean de bajo o alto riesgo, aunque, al decir de Belén Castrillo (2019) “la definición del bajo riesgo es posterior al evento, por lo que se actuará con presunción de riesgo y las decisiones clínicas se tomarán en conformidad con dicha presunción: todo parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario” (p. 101). Este potencial riesgo conducirá a que todos los embarazos no solo sean institucionalizados y hospitalizados, sino que también sean protocolizados, asemejándose a una producción industrial seriada y automatizada. Estos procesos fueron generando una dependencia de las mujeres hacia la Medicina y sus discursos al tiempo que implicó una pérdida de la autonomía corporal y reproductiva (Vallana, 2020).

Los ideales de progreso, productividad, tecnificación, aceleración, emergentes durante la industrialización, permearon el escenario del parto, haciendo que el proceso empezase a medirse y cuantificarse, sobrevalorándose el uso de tecnologías, el intervencionismo, la aceleración y la instrumentalización. El entendimiento del cuerpo-máquina se traslada, entonces, al cuerpo materno “re-productivo”, que pasa a ser percibido como un cuerpo funcional, que debe adaptarse a los nuevos estándares de productividad. Vemos entonces fundirse, en este proceso fisiológico, los ideales de producción industrial, cuando los partos comienzan a ser inducidos, acelerados, intervenidos,

¹⁵ En Uruguay, el proceso de institucionalización y hospitalización del parto que tuvo lugar entre los años 1920 y 1960 fue estudiado en profundidad por la Prof. Adj. Dra. Natalia Magnone de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Uruguay). En sus trabajos, la Dra. Magnone pone en evidencia cómo la institucionalización y medicalización del parto en el Uruguay trajo aparejado mejoras tanto en la morbilidad materna y fetal como en el ejercicio de algunos derechos reproductivos. Sin embargo, también analiza cómo estos procesos impusieron un modelo de control sobre los cuerpos de las mujeres que fue en detrimento de la autonomía reproductiva (Magnone, 2021, 2022, 2023).

La autora trabaja estos análisis sobre la medicalización del parto y su relación con la violencia obstétrica como forma de expresión de la violencia de género en diversos trabajos que pueden consultarse para mayor profundización del tema (Magnone, 2010, 2011, 2013, 2017).

instrumentalizados y protocolizados; comienza así la cadena de producción de la re-producción hospitalaria. (Vallana, 2020:98)

La patologización implica también la homogeneización de los cuerpos gestantes, desconociendo las necesidades psicológicas y emocionales de cada mujer. La autoridad social y cultural del discurso médico provoca que la palabra del profesional sea aceptada como la única correcta (Parrondo, 2009; Davis Floyd, 1993; Ortiz, Ibañez, 2011).

Este modelo de atención, conocido como **modelo tecnocrático** (Davis Floyd, 1993), está caracterizado por la deshumanización, es decir, una reducción de la persona a su expresión de objeto de atención e intervención. Se desindividualiza a la persona y se la convierte en paciente. Al decir de Michelle Sadler (2021), este modelo implica “la radical separación cuerpo-mente, el cuerpo femenino tratado como una máquina defectuosa, la paciente-objeto, la estandarización de las intervenciones, la autoridad situada en el personal de salud, la organización jerárquica de la atención, la supervaloración de la tecnología” (p. 56).

El paciente, en este caso la mujer gestante y parturienta, es negada en su capacidad de agenciamiento de su autonomía para tomar decisiones sobre su salud y la de su hijo. La deshumanización también permite observar que se encuentra sustentada en una relación asimétrica de poder, donde quien ejerce el control es el equipo técnico-profesional, dejando a la mujer en un lugar de subordinación a estos (Vallana, 2020).

Este modelo de atención al embarazo (se podría decir, a la salud en general) genera un efecto diametralmente opuesto al discursivamente buscado. A mayor intervención, mayores problemas encontrados y mayor gasto por parte del sistema sanitario (Vallana, 2020; Saforcada, 2015, Schnapp et al., 2014). Todos estos elementos llevan consigo un problema adicional: la **iatrogenia**, entendida como la alteración negativa de la condición del paciente a causa de la acción médica. Es decir, cuando se interviene tanto sobre un proceso fisiológico, lo lógico es que haya complicaciones, en especial aquellas que derivan de la propia intervención médica (Elío, 2022).

Debemos tener en cuenta que la iatrogenia no refiere a mala praxis *per se*. No hace referencia a una práctica descuidada o errada en sí misma, sino a una intervención tal vez correcta en algún sentido, pero excesiva en otro, y que por tanto puede generar consecuencias negativas para el paciente o su familia, incluso peores consecuencias que las que se tratan de evitar (Pineda et al., 2019; Domecq et al., 2020; Romero et al., 2023). En tal sentido, los estudios y

análisis sobre el impacto de la iatrogenia en el sistema de salud han llevado a establecer medidas para su contención a través de la **prevención cuaternaria**¹⁶ (Ortiz, Ibañez, 2011).

Desde el sistema de atención (considerando y desechando necesidades propias) se debe responder de forma honesta la pregunta: ante el problema humano que se presenta ¿se van a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad (o una sub-enfermedad o una pre-enfermedad) que si no fuera tratado como tal? y actuar en consecuencia. Desde esta perspectiva, hay que evitar someterse a tener que ofertar una solución inmediata y para todo y trabajar la tolerancia (de profesionales y usuarios) a la incertidumbre. Esto significa, por ejemplo, considerar la fórmula de "esperar y ver" antes de prescribir y reivindicar la indicación de no-tratamiento que puede impedir los efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas. No se trata de abogar por la austeridad o el pesimismo sino, más bien, definir de forma más realista los límites de las intervenciones. (Ortiz, Ibañez, 2011: 521)

Para el caso de trabajo de parto y parto, la Organización Mundial de la Salud publicó en 2018 sus recomendaciones para los *“cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”*. En ellas se reconoce que, si bien las intervenciones médicas han mejorado la morbilidad materna y fetal en las últimas décadas, es fundamental que se comience a cuidar también la experiencia afectiva y psicológica de la mujer, incluyendo los aspectos referidos a su capacidad de tomar decisiones y ser partícipe del proceso.

La directriz reconoce una “experiencia de parto positiva” como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control

¹⁶ La prevención cuaternaria refiere a intentar mitigar o reducir las consecuencias negativas de la intervención médica excesiva (Lovo, 2020; Ortiz, Ibañez, 2011; Lavalle et al., 2023).

personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. (OMS, 2018c)

3.3 Nivel mesosistémico: el SNIS y la atención al nacimiento en Uruguay

Conjunto de relaciones entre dos o más entornos, en los que la persona en desarrollo participa de una manera activa.

(Bronfenbrenner, 1987:233)

En nuestro análisis, en el **mesosistema** incluimos al sistema de salud nacional ya que es la organización con la que la mujer se relaciona en cuanto a cobertura de su derecho a la salud y la atención a la salud reproductiva. En 2007 en Uruguay se aprueba la reforma del sistema de salud y se crea el **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)** (Ley n.º 18 211). Al año siguiente, 2008, se promulga la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley n.º 18 426¹⁷), donde se establece el deber del Estado para garantizar las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

El SNIS representó un cambio significativo en la conceptualización de la salud como un derecho humano fundamental en nuestro país. Se llevaron a cabo modificaciones integrales que abarcan aspectos como la estructura, la cobertura, el financiamiento y la evaluación (Aran y Laca, 2011; OPS, 2021). Sus principios fundamentales incluyen la garantía de una atención integral de calidad desde una perspectiva de derechos humanos, la accesibilidad, la sostenibilidad, la eficiencia y la equidad en los servicios prestados.

Desde el punto de vista de la cobertura en salud, previo a la puesta en marcha del SNIS, la seguridad social cubría a un cuarto de la población a través de diversos financiamientos y mecanismos de pago¹⁸. A partir de la aprobación del SNIS y de la puesta en marcha del Fondo

¹⁷ En particular, esta Ley incorpora la atención —calidad de atención— en el momento del parto como una dimensión de los derechos reproductivos. En este sentido, establece que se debe “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados” (Art. 3, inciso c).

¹⁸ Previo al SNIS, el financiamiento del sector salud provenía de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), la cual cubría a los trabajadores activos del sector privado y a los jubilados de actividades ya amparadas en DISSE cuyos ingresos fueran bajos. Para finales de 2004 la cobertura de DISSE se amplió para cubrir a los maestros del Consejo de Educación Pública y a los trabajadores del Poder Judicial. Por otra parte, Sanidad Policial brindaba cobertura de salud a los funcionarios policiales y del mismo modo lo hacía Sanidad Militar. ASSE, por su parte, brindaba asistencia a quienes no tuvieran cobertura por DISSE y no

Nacional de Salud (FONASA), paulatinamente se fue ampliando la cobertura hasta incluir a la casi totalidad de los ciudadanos¹⁹. A través de los aportes de trabajadores y empresas al FONASA, actualmente se brinda cobertura de salud a los y las trabajadoras activas tanto del sector público como privado, sus hijos/as (hasta los 18 años o mayores de edad con discapacidad) y cónyuges. Así también, se estableció que quienes tuvieran la cobertura la mantendrían luego de jubilarse (MSP & OPS, 2019).

Por otra parte, el SNIS cambió sustancialmente la forma en que se sostiene financieramente el sistema. El FONASA es un fondo público y obligatorio que tiene un componente contributivo (tanto de trabajadores como de las empresas) y otro de Rentas Generales del Estado. Por su parte, las instituciones de salud (prestadores de salud), tanto públicas como privadas, se vinculan al sistema mediante un contrato de gestión con la Junta Nacional de Salud (JUNASA), por el cual se obligan a seguir los lineamientos del sistema y brindar todas las prestaciones integrales incorporadas en el Plan Integral de Atención a la Salud²⁰ (PIAS) (OPS, 2021). Las instituciones prestadoras del sistema reciben una “cuota salud” que tiene dos componentes: por un lado, un monto *per cápita* por cada afiliado que será determinado en función del riesgo según edad y sexo; por otro, la asignación según las metas asistenciales fijadas por la JUNASA²¹. En el marco del sistema, la ciudadanía puede optar por el prestador de salud que elija, tanto en el subsector público como en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) (subsector privado).

Tanto la creación del SNIS como la Ley de Salud Sexual y Reproductiva han generado los marcos necesarios para promover una diversidad de políticas, normativas, protocolos y guías clínicas tendientes a garantizar el derecho a decidir sobre la vida reproductiva de las personas²². Entre ellas podemos destacar: Ley n.º 18 987 (2012) de Interrupción Voluntaria del

pudieran solventar el pago de una IAMC (Institución de Asistencia Médica Colectiva - mutualistas) (MSP & OPS, 2019).

¹⁹ Para el 2018, la cobertura del FONASA cubría a más de dos millones y medio de personas (MSP & OPS, 2019)

²⁰ “Se trata de un plan de beneficios amplio e integral, que es igual y exigible para los usuarios de todos los prestadores del SNIS. Incluye desde la consulta ambulatoria en el primer nivel de atención hasta la internación en CTI, asegurando una amplia lista de estudios diagnósticos y tratamientos vinculados a las distintas especialidades médicas y quirúrgicas, prestaciones de salud mental, todos los medicamentos esenciales y algunos medicamentos de alto precio”. (OPS, 2021:6)

²¹ Las distintas metas asistenciales estuvieron referidas a diversos indicadores de salud del niño/a y la mujer embarazada y puérpera; prevención y atención a la Violencia basada en género y generaciones; prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles; Objetivos Sanitarios Nacionales; reglas de control de datos, y reforma del modelo de recursos humanos en salud.

²² La organización Mujer y Sociedad en Uruguay (MYSU) viene realizando diversas acciones de seguimiento y monitoreo de las políticas nacionales en salud sexual y reproductiva a través del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva.

En su página web (<https://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/>) se pueden encontrar informes sobre el estado de situación del país con relación a servicios de salud sexual y reproductiva, aborto, objeción

Embarazo, Ley n.º 19 167 (2013) que regula las técnicas de reproducción humana asistida, la Ley n.º 17 386 (2001) que asegura el acompañamiento durante el nacimiento y la Ley n.º 19 580 (2017) de Violencia Basada en Género, que introduce la categoría de violencia obstétrica²³. Por su parte, el Ministerio de Salud avanzó en la creación de normas y guías clínicas tendientes a la unificación de criterios y protocolos para todos los prestadores del sistema de salud. Ejemplo de ello son las políticas de exoneración de copagos para el estudio de papanicoláu, mamografía y seguimiento de embarazo, plan de erradicación de la sífilis gestacional y congénita.

En cuanto a la concepción, embarazo, nacimiento y puerperio, todos los prestadores asociados al SNIS **cubren la atención sanitaria de estos procesos**, así como la posterior atención al bebé y niño/a pequeño/a en todo el territorio nacional. Una cobertura tan amplia y una captación casi total de los embarazos ha situado a Uruguay entre los líderes regionales en cuanto a los bajos índices de mortalidad materna e infantil (MSP, 2019). Sin embargo, aún continúa siendo un modelo de atención intervencionista y hospitalocéntrico²⁴. De las distintas opciones de organización para la atención del embarazo/nacimiento, Uruguay cuenta con dos: el nacimiento institucional y el nacimiento en el domicilio de la gestante. No se cuenta con casas de parto o casas de nacer como opción disponible a la ciudadanía debido a las restricciones impuestas como requisitos para habilitar tales centros (Etcheverry, 2020). Por su parte, el Ministerio de Salud Pública recomienda el parto institucional como la mejor vía para la atención de los nacimientos. Esta recomendación no inhabilita el parto domiciliario, pero este no está incluido en las prestaciones cubiertas por el SNIS, por lo cual el costo económico recae íntegramente en la mujer/familia.

En diciembre de 2015, el MSP presentó las Estrategias Sanitarias Nacionales para 2020 (MSP, 2015). Estas estrategias determinan cuatro pilares fundamentales:

- i) mejorar la situación de la salud de la ciudadanía;

de conciencia, anticoncepción, violencia obstétrica, VIH, violencia de género, diversidad sexual, trabajo sexual, entre otros.

²³ La *violencia obstétrica* es definida en el artículo 6, inciso h de la Ley n.º 19 580 como “toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos”. En el texto de Magnone & Farías (2022) se puede encontrar un análisis sobre el proceso de incorporación de este término en la legislación nacional y las dificultades para su implementación en los ámbitos sanitarios y judiciales.

²⁴ En el año 2012 se aprueba y pone en práctica el Documento Técnico de Maternidades (Ordenanza n.º 693 del MSP del 23/11/2012). Este documento recomienda el parto institucional en el segundo y tercer nivel de atención, y no permite que se puedan asistir nacimientos en el primer nivel de atención (Magnone & Farías, 2022).

- ii) reducir las desigualdades en el acceso y goce del derecho a la salud;
- iii) mejorar la calidad de los servicios asistenciales, y
- iv) mejorar la experiencia y satisfacción de usuarios de los servicios de salud.

A partir de estas estrategias, se identificaron 15 problemas críticos y se definen cinco objetivos estratégicos:

- 1) favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo;
- 2) disminuir la carga prematura y evitable de morbi-mortalidad y discapacidad;
- 3) mejorar el acceso y la atención de la salud en el curso de vida;
- 4) construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud, y
- 5) avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas (MSP, 2015).

En esta investigación nos enfocamos principalmente en los objetivos 3 y 4, ya que se relacionan directamente con nuestro objeto de estudio. En ese sentido, el objetivo 3, “mejorar el acceso y la atención de la salud en el curso de vida”, incluye como uno de sus resultados esperados la humanización del parto institucional y disminución de la tasa de cesáreas. Se parte de una línea de base al 2015 de un 44,3 % de cesáreas a nivel país y se propone como objetivo lograr la meta concreta de reducir en un 10 % las cesáreas evitables y aumentar en un 20 % las usuarias que concurran a clases de preparación para el nacimiento.

La puesta de intervención para lograr el objetivo de la humanización del parto y cesárea incluye dos áreas. La primera, sobre las condiciones de asistencia del parto humanizado en un marco de derechos y de prácticas basadas en la evidencia científica, y la segunda, sobre la magnitud de la tasa de cesárea a nivel nacional (MSP, 2015:72). En las tablas 3 y 4 detallamos las distintas líneas de acción de cada una de las áreas de intervención.

Tabla 3: Líneas de acción propuestas en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 sobre las condiciones de asistencia del parto humanizado

Condiciones de asistencia del parto humanizado en un marco de derechos y de prácticas basadas en la evidencia científica
Profundizar estudios de evidencia y factibilidad de la inclusión de la analgesia obstétrica dentro de las prestaciones del PIAS para 2016
Establecer un grupo de trabajo en acuerdo con la Facultad de Medicina y el CLAP para evaluar el formato de partograma más

adecuado a la evidencia científica
Capacitaciones dirigidas a los equipos de salud respecto a la humanización del parto
Impulsar la implementación de las salas de nacer con las condiciones requeridas para un parto humanizado
Aprobar un nuevo reglamento de ejercicio de la obstetra partera que la habilite a contar con un vademécum propio y amplíe sus competencias en la atención del embarazo, parto y puerperio
Campaña de difusión pública respecto a derechos de los usuarios en la atención del parto
Incluir las pautas de indicaciones y las prácticas vinculadas a la cesárea y al parto natural en los criterios de pago variable relacionados con las buenas prácticas de materia de calidad en orden a los OSN, en el laudo médico único nacional

Fuente: elaboración propia a partir de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

Tabla 4: Líneas de acción propuestas en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 para contener la tasa de cesárea a nivel nacional

Magnitud de tasa de cesárea a nivel nacional
Desarrollar proceso de regionalización, habilitación de maternidades, red de maternidades de referencia y acreditación de maternidades con base en criterios de calidad y un plan maestro nacional
Establecer e integrar en las prácticas institucionales las guías de actuación para las situaciones clínicas que más se relacionan con cesáreas potencialmente evitables (cesárea previa, inducción del parto, parto no evolutivo, etc.)
Obligatoriedad de brindar clases gratuitas de educación para el embarazo, parto y crianza a sus usuarias embarazadas. Incluir el tema <i>cesárea</i> con información obtenida de las recomendaciones de la OMS y la medicina basada en evidencia
Definición de un conjunto de indicadores a monitorizar respecto a la tasa de cesáreas (con base en SIP, certificado de nacido vivo y reporte de prestadores), estableciendo la línea de base de las diferentes instituciones

Obligatoriedad por parte de los prestadores de elevar el paquete de indicadores al MSP
Solicitar a los prestadores que presenten al MSP un plan técnico para la reducción-racionalización de cesárea a nivel institucional
Realizar auditorías a los prestadores respecto al índice de cesárea
Establecer una forma de registro universal respecto a la descripción quirúrgica de cesárea y sus razones (cambiar la actualmente vigente)
Establecer una guía a utilizar por los prestadores en las auditorías internas de cesárea que estos realicen . Auditoría interna obligatoria en los casos de técnicos con un índice de cesárea superior al 40%. Contrato de gestión
Establecimiento de clasificación Robson para monitoreo
Incluir dentro de las metas asistenciales: — La reducción del índice de cesárea en un período de un año, en un porcentaje variable según prestador — Clases de parto

Fuente: elaboración propia a partir de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

Por su parte, el objetivo 4, construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud, busca obtener como resultados esperados, entre otros, la incorporación de buenas prácticas con base en la evidencia y la implementación de estrategias de evaluación de calidad que permitan una retroalimentación continua usuario/a-servicio, incluyendo la capacitación continua al personal sanitario sobre las buenas prácticas en las diferentes áreas de trabajo.

De los resultados esperados para estos dos objetivos, 3 y 4, se han realizado varios **avances**. En 2017, el Ministerio de Salud publicó el documento *Principales líneas para implementar una estrategia para la reducción de cesáreas evitables*. Con estos lineamientos, el Ministerio se propuso realizar un monitoreo continuo sobre las cesáreas y, a partir de ello, realizar acciones tendientes a su disminución y racionalización de la indicación. Se establece como punto de partida la generalización de la clasificación Robson para realizar el monitoreo global en el SNIS. Al mismo tiempo, se recomienda a los prestadores revisar las prácticas clínicas relacionadas con aquellas indicaciones que tienen mayor porcentaje de cesáreas asociadas (cesárea por

embarazo prolongado, cesárea por cesárea previa, cesárea por posición podálica, cesárea por falla de inducción, entre otras).

Algunas de las propuestas de la estrategia para la reducción de cesáreas evitables (MSP, 2017) se han ido desarrollando en los años subsiguientes.

i) *Mejora de las plantas físicas de las maternidades*: varias instituciones de salud de todo el país, tanto públicas como privadas, han creado salas de nacer, promoviendo un ambiente más cómodo, íntimo y cálido para que las mujeres transiten su trabajo de parto, parto y primeras horas de puerperio. Si bien no se ha logrado la universalización de este servicio, se ha generado una concientización sobre la necesidad de promover espacios adecuados para la humanización del nacimiento.

ii) *Humanización del parto institucional*: la Ley n.º 18 426 de Salud Sexual y Reproductiva (2008) establece entre sus objetivos

promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados (art. 3 inc. c).

En la misma línea, el decreto reglamentario de la Ley n.º 19 580 (DR 339/019) establece lineamientos sobre la humanización para el nacimiento como una de las formas de la prevención de la Violencia Obstétrica (Art. 14). En 2018, el Ministerio de Salud elaboró las *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional* en un esfuerzo conjunto entre el Estado, diversas unidades académicas de la Universidad de la República y sociedades profesionales y científicas de la sociedad civil.

iii) *Plan de parto*: las pautas generales para la promoción de los planes de parto como estrategia de comunicación entre usuarias y profesionales obstétricos es recogida en el art. 15 del DR 339/019.

iv) *Universalizar la analgesia obstétrica*: esta propuesta no ha sido implementada en todo el sistema debido a que no se han llegado a los acuerdos laborales y financieros que la hagan posible. Sin embargo, ya son tres los prestadores que cubren este servicio de forma gratuita para las usuarias.

v) *Modelo de consentimiento informado para cesárea*: esta propuesta incluía el poder elaborar un mismo protocolo de consentimiento informado para los casos de cesárea que fuera común a todo el sistema sanitario. Este modelo debía incluir además una versión para los casos de cesárea a solicitud materna (sin razón médica). Sobre esto se avanzó en el documento *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional* (MSP, 2018).

vi) *Obstetras parteras de guardia en maternidades*: en 2002 se promulgó la Ley n.º 17 565 que establece que toda institución que asista partos debe contar con una partera de guardia. En 2022 se presentó un proyecto de ley que busca ampliar esta normativa, que proponía que en aquellos establecimientos con más de 60 partos se debe contar con dos parteras de guardia en las maternidades. El proyecto cuenta con media sanción hasta el momento. El sustento de esta disposición es que las obstetras parteras son el personal idóneo para el seguimiento de un trabajo de parto/parto de bajo riesgo, promueve una experiencia del parto positiva (OMS, 2018c) y ayuda a la disminución de las cesáreas evitables.

vii) *Clases de preparación para el nacimiento*: las acciones sobre este objetivo comenzaron cuando se procedió a la elaboración de la *Pauta para la implementación de Cursos de preparación para el nacimiento en el marco de la Meta 1* (MSP, 2017). Esta pauta se fundamenta en el derecho a estar informada y recibir información de calidad para tomar decisiones de forma autónoma. Asimismo, se entiende que la preparación para el nacimiento es el primer paso para lograr la humanización de los nacimientos en las maternidades del SNIS. La preparación para el nacimiento tiene beneficios demostrados de disminución de la ansiedad, aumento de la adherencia a los seguimientos del embarazo y disminución del tiempo de trabajo de parto y uso de fármacos.

Se propone que se deben brindar espacios de dos horas de duración, por lo menos con siete instancias en las que participen grupos de hasta 20 gestantes y sus acompañantes. Se promueve que se realicen en horarios flexibles que contemplen los horarios de las gestantes trabajadoras. Se espera que la coordinación de las clases sea responsabilidad de la obstetra partera y cuente con un equipo multidisciplinario (Psicología, Ginecología, Odontología, Nutrición). Las temáticas a ser incluidas deben ser, entre otras, las siguientes: fisiología, hábitos saludables, derechos, etapas y características del trabajo de parto y parto, métodos de manejo del dolor, cesárea, cuidados del recién nacido, lactancia, cuidados del puerperio y anticoncepción.

viii) *Auditoría sobre cesáreas*: En 2016 el MSP presenta la *Guía para auditoría de cesáreas*. Esto incluye la auditoría de cada profesional de la Ginecología con un índice de cesárea superior a un 30 % y análisis de los motivos más frecuentes en cada institución para prevenir las cesáreas evitables. Con este plan de acción se propone reducir en al menos un 10 % las cesáreas evitables.

En 2023, el Ministerio de Salud Pública presentó los *Objetivos Sanitarios Nacionales 2030*. En esta oportunidad se definieron seis objetivos estratégicos:

- 1) fomentar estilos de vida y entornos saludables y reducir los factores de riesgo;
- 2) disminuir las cargas evitables de morbilidad y discapacidad a lo largo del curso de vida;

- 3) intervenir en forma oportuna sobre las etapas del curso de vida basándose en la estrategia de atención primaria en salud, fomentando el acceso al primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema;
- 4) construir una cultura institucional de calidad, seguridad y eficiencia en la atención en salud;
- 5) avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades de salud de las personas, y
- 6) fortalecer la respuesta del sistema de salud ante emergencias, desastres y epidemias (MSP, 2023a).

En el documento no hay mención a la humanización del nacimiento ni a la disminución de la tasa de cesáreas para el nuevo periodo. Esto llama la atención, ya que luego de la irrupción de la epidemia por COVID-19 se vieron comprometidos algunos derechos consagrados para este momento vital en lo que refiere a la humanización de la atención (MYSU, 2020; Farías & Magnone, 2021; Viera & Evia, 2021; Gallardo & Echetto, 2021; Magnone & Farías, 2022) e, incluso, aumentó paulatinamente el índice de cesárea a nivel nacional, pasando de un 45 % en 2019 a 49 % en 2022 (MSP, 2022).

Si bien los *Objetivos Sanitarios Nacionales 2030* no incluyeron referencias específicas a la humanización del parto y nacimiento, a finales del 2023 el Ministerio de Salud Pública publicó la segunda edición (edición revisada) del *Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables*. En esta oportunidad, se hace énfasis en aquellas situaciones clínicas que aumentan la prevalencia de la cesárea y se elaboran recomendaciones para el manejo clínico —basadas en la evidencia científica— para la inducción del parto en general, el manejo de la rotura espontánea de membranas, la gestación con cesárea previa y el adecuado diagnóstico de trabajos de partos no evolutivos. De esta forma, se busca reducir las cesáreas evitables; sobre todo, la que refiere a la primera cesárea por sus consecuencias en la vida reproductiva futura.

3.4 Nivel microsistémico: el papel del personal obstétrico

Los diferentes tipos de entorno dan lugar a patrones distintivos de rol, actividad y relaciones para las personas que se convierten en participantes de esos entornos.

(Bronfenbrenner, 1987:131)

El microsistema incluye el análisis de los diferentes actores que están directamente relacionados con la mujer durante el embarazo y nacimiento: entre ellos, pareja, familia y profesionales de la salud. La disponibilidad de recursos sociales de apoyo —entendida como “la totalidad de recursos provistos por otras personas” (Castro et al., 1997)—, en particular el soporte familiar y de pareja, así como las normas sociales-comunitarias respecto al embarazo y la maternidad, son dimensiones relevantes por su influencia en las trayectorias reproductivas de las mujeres. Para este estudio nos vamos a centrar particularmente en los **profesionales de la salud** que asisten a las mujeres en el momento del nacimiento de sus hijos para intentar entender cómo las indicaciones de vía de finalización del embarazo pueden estar condicionadas por aspectos que van más allá del dato clínico. En este sentido, es fundamental ubicar los aspectos organizacionales de trabajo de los profesionales que asisten el nacimiento, es decir, conocer las condiciones de trabajo en los servicios de salud.

En los servicios de maternidad del sistema de salud, los profesionales que reciben y asisten a una mujer en trabajo de parto, parto o nacimiento son **obstetras parteras y ginecoobstetras**. En el primer caso, la formación se recibe exclusivamente en la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina de la Udelar. Es una formación de grado, de cuatro años de duración, con una fuerte carga horaria destinada a la práctica clínica. La obstetra partera²⁵ es la profesional idónea para la atención durante la gestación y parto de bajo riesgo. Por su parte, la ginecoobstetricia es una especialidad de la carrera de doctor/a en Medicina²⁶. Tiene una duración de tres años y su objetivo es formar profesionales para prevenir o tratar con total idoneidad la patología ginecológica y obstétrica de la población femenina.

Es decir, las y los obstetras parteras/os y las y los ginecólogas/os son quienes realizan el seguimiento de trabajo de parto y parto, pero son estos últimos quienes indican la realización de una cesárea. Sin embargo, para el caso concreto del Uruguay, la distinción entre Partería (Fisiología) y Ginecología (Patología) en el seguimiento de embarazos y partos de bajo riesgo no se aplica en todos los prestadores del SNIS (Magnone, 2010, 2023), como veremos en el siguiente capítulo.

Para el caso de los profesionales de la **Neonatología y la Anestesiología**, la mujer que debe transitar por una cesárea es una desconocida desde el punto de vista clínico. Ambos son convocados una vez que la indicación ya está realizada y en la mayoría de las situaciones se

²⁵ Nos referimos en femenino a las obstetras parteras ya que en Uruguay es una profesión prácticamente feminizada. Si bien la carrera habilita el ingreso tanto de mujeres como varones, hasta el momento de esta tesis solo ha egresado un varón.

²⁶ La carrera de doctor/a en Medicina se puede realizar en la Universidad de la República, en la Universidad Católica del Uruguay y en la Universidad CLAEH. Sin embargo, la especialización en Ginecotocología se realiza únicamente en la Universidad de la República.

encuentran con “el caso” en quirófano (Farías, 2014). Como excepción, se ubican los y las anestesiistas que realizan analgesia farmacológica durante el trabajo de parto, en cuyo caso pueden estar presentes durante este proceso también.

Todos los profesionales participantes en la intervención cesárea cuentan con **formación** académica de grado o posgrado universitario con énfasis en la práctica clínica. De todas formas, la formación clínica no es lo único que influye o conforma la capacidad técnica. Las condiciones laborales y, por consiguiente, la salud laboral de los trabajadores, así como los valores, actitudes y estereotipos internalizados en su quehacer, son elementos que tienen una gran influencia en la toma de **decisiones profesionales** (Leka & Jain, 2010).

Los médicos, desde un modelo biomédico tradicional, tienden a construir una conversación en términos estrictamente clínicos, enfatizando la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y el objeto a conocer. Para los médicos, los aspectos relacionados con la experiencia subjetiva de la salud resultan irrelevantes y por lo general, no son considerados en sus abordajes técnicos. (López, 2016:110)

Por otra parte, sabemos que **el trabajo** puede influir positiva o negativamente en la salud de las personas. Un ambiente de trabajo saludable es primordial para lograr el bienestar del personal, lo que provocará un aumento de la productividad, satisfacción y motivación en el trabajo y calidad de vida en general (OPS, 2016) y, como consecuencia, mejora de la calidad de atención a la población con la que interactúa. La salud laboral de los trabajadores ya no puede pensarse solamente desde los riesgos físicos, sino que debe incluir los factores psicosociales que están implicados en su cotidianidad.

Los factores psicosociales estresantes que se encuentran en el medio ambiente de trabajo son numerosos y de diferente naturaleza. Comprenden aspectos físicos y ciertos aspectos de organización y sistemas de trabajo, así como la calidad de las relaciones humanas en la empresa. Todos estos factores interactúan y repercuten sobre el clima psicosocial de la empresa y sobre la salud física y mental de los trabajadores. (OIT, 1984:11)

Las condiciones y medioambiente de trabajo incluyen, además de los aspectos de la planta física, la seguridad, la higiene y la carga psíquica sobre el trabajador. Podemos utilizar la variable del **multitasking** para ejemplificar esta carga psíquica que puede afectar negativamente el quehacer cotidiano del personal sanitario, en el entendido de que las condiciones de trabajo no adecuadas pueden acarrear consecuencias concretas como el estrés laboral o *burnout* y perjudicar la relación médico-paciente (Hernández, 2021).

El multiempleo puede ocasionar sobrecarga física pero también mental. Por lo general, los distintos empleadores no comparten la información sobre los otros lugares de trabajo, por lo que se puede incurrir en jornadas laborales extenuantes. A ello se suma que estar pasando de un trabajo a otro, con distintas condiciones y medioambientes de trabajo, distintos regímenes laborales y distintos equipos puede ocasionar distanciamiento y mecanización del trabajo (Patel et al., 2018).

El multiempleo es un grave problema que padece el sistema de salud uruguayo, que opera en detrimento de la calidad del empleo de sus trabajadores y por ende en la calidad de la atención, impidiendo el desarrollo de un modelo de atención basado en el seguimiento longitudinal de la salud de sus usuarios. (MSP, 2010:14)

Diversos reportes sobre el multiempleo en el sector salud uruguayo han evidenciado que esta es una situación de alta prevalencia. En 2010 se registró que el 55 % del personal médico trabajaba en dos o más instituciones, el 22 % en tres o más instituciones y el 9 % en cuatro o más instituciones. En un estudio del 2018 del Colegio Médico de Uruguay, se plantea que solo el 25 % de los médicos desarrolla su actividad profesional en una única institución y que uno de cada tres trabaja en tres instituciones o más (Gonzalez et al., 2018).

Por su parte, la Asociación Obstétrica del Uruguay (AOU) realizó en 2021 el primer censo nacional de obstetras parteras. Entre sus hallazgos también denota la situación de multiempleo de esta profesión en particular. El 75 % trabaja en al menos dos instituciones y un 27 % en al menos tres.

El tipo de contratación es otro factor que correlaciona negativamente las condiciones de trabajo y la capacidad del trabajador de establecer equipos estables de trabajo. Solo el 52 % de los médicos son titulares (contrato fijo con la institución) y más del 40 % son suplentes (MSP, 2010). Para el caso de las obstetras parteras, casi el 60 % es titular en su cargo principal, mientras que casi un 20 % está vinculada a la institución en calidad de suplente (AOU, 2021).

El multiempleo fomenta que los profesionales trabajen unos con otros, pero no necesariamente que se formen equipos de trabajo. Los **equipos de trabajo** son grupos que funcionan con un fin común, con un conocimiento específico sobre cada uno de sus compañeros (debilidades, fortalezas y destrezas), en donde el soporte del equipo da mayor respaldo al trabajador individual (Rando, 2016). Trabajar en equipo “aumenta la seguridad de los pacientes, minimiza los errores médicos, mejora la satisfacción y el rendimiento del personal de salud y posiblemente evita gastos generados por mala praxis y complicaciones” (Rando, 2016:59).

Estos distintos niveles de complejidad, en el ejercicio de la labor profesional, serán puestos en consideración y análisis a la hora de interpretar las opiniones de los profesionales sobre la cesárea. Estos elementos, constitutivos del corpus central de este estudio, serán presentados en el siguiente capítulo.

Capítulo 4: Las y los profesionales obstétricos frente a la cesárea

En este capítulo presentaremos los resultados, análisis y discusión del estudio empírico realizado con profesionales del área de Obstetricia en relación a sus percepciones sobre la cesárea como práctica que se registra en casi la mitad de los nacimientos en Uruguay. Estos resultados nos permiten visualizar cómo los distintos niveles de complejidad sistémica interactúan e influyen en la toma de decisiones técnicas de la vía de finalización del nacimiento más allá de los factores individuales propios de una gestante.

Como ya hemos señalado, el corpus empírico en el que se basan estos resultados son 37 entrevistas semidirigidas de profesionales de la salud de distintas profesiones (Anestesiología, Ginecología, Partería y Neonatología). Debemos tener en cuenta que la relación con el asunto cesárea de cada una de las profesiones incluidas es muy dispar. Por lo general, la gestante tiene contacto con Partería y Ginecología durante el embarazo y el trabajo de parto y no así con Neonatología y Anestesiología, con quienes tienen contacto por primera vez en el quirófano propiamente (Farías, 2014). De todas formas, decidimos incluir en el estudio a Neonatología y Anestesiología por ser dos disciplinas que tienen un rol importante en el proceso de nacimiento quirúrgico.

Los resultados se organizan en cuatro apartados a partir de las categorías devenidas del procesamiento y análisis de la información. El primer apartado incorpora la visión de los profesionales sobre la cesárea como un problema de salud. El segundo apartado incluye los aspectos relacionados con la incidencia de la organización del trabajo en la conducta clínica de los profesionales. Aquí se incluyen aspectos como los relacionados con la diferencia en los índices de cesárea entre Montevideo y el interior del país y entre el sector público y privado. En el tercero se abordan específicamente las prácticas profesionales frente a la cesárea tales como la creencia de mayor seguridad y la medicina defensiva. Por último, el cuarto apartado incluye aquellos aspectos que, al entender de los profesionales, son responsabilidad de la mujer. Se incluyen aquí aspectos tales como el retraso de la maternidad, el pedido materno de cesárea, el manejo del dolor y la participación en talleres de psicoprofilaxis obstétrica, entre otros.

4.1 Visión de los y las profesionales sobre el problema de la cesárea.

Una de las primeras preguntas que surgió al comenzar esta investigación versaba sobre si el alto índice de cesárea que ostenta nuestro país era percibido por los profesionales sanitarios como un problema de salud pública. La mayoría de los profesionales entrevistados acordó con la idea de que los elevados índices de cesárea a nivel global y nacional son un problema de salud. Esta perspectiva estuvo presente en todas las profesiones incluidas en el estudio, aunque con una mayor referencia en Ginecología y Partería y menor en Anestesiología. Esta diferencia podría estar relacionada por la cercanía y distancia de unos y otros en el proceso de acompañamiento al trabajo de parto y al momento de la decisión clínica por la vía de finalización.

Entienden que el **problema reside en las diferentes variables** que se ponen en juego a la hora de tomar la decisión clínica de finalizar el embarazo de forma quirúrgica y no la cesárea en sí misma, ya que es una intervención útil y oportuna cuando es necesaria.

E: Me parece que recién ahora se está viendo como un problema sanitario. Antes se veía como que era así y no hay nada que hacer. Y no pasa nada que sea así. Yo creo que ahora hay una reflexión de decir: “bueno, ’ta, ¡no!, bajemos un poco o veamos el tema de las cesáreas.” Creo que cambió esa consideración de que no es lo mismo que haya muchas o haya poco. **(G4)**

... el tema es que se hagan en tiempo y forma, el problema es cuando la indicación es dudosa y no atiende ni a las necesidades de la madre ni del paciente (bebé). **(N5)**

E. Sí, sí, en el sentido de que la incidencia de cesáreas, la tasa de cesáreas en el Uruguay actualmente es muy alta, es un promedio del cincuenta por ciento, es una tasa realmente alta, desde el punto de vista general la cesárea es una intervención quirúrgica que tiene su mortalidad, tiene sus complicaciones, tiene su estancia hospitalaria, tiene sus costos, entonces es un problema de salud en general. **(A2)**

El problema está considerado en la complejidad de las dimensiones implicadas: desde las actuaciones profesionales hasta los requerimientos de las propias mujeres. Estos elementos esbozados como posibles factores que inciden en las decisiones profesionales se irán abordando en profundidad en los siguientes apartados. De todas formas, un punto central es el

hecho de que las medidas de reducción o contención del índice de cesárea que se centran en una única dimensión (la decisión clínica o los pagos diferenciales para parto y cesárea, por ejemplo) no parecen ser la solución. Si bien algunas de estas iniciativas han podido tener algún tipo de resultado positivo, no han logrado revertir la situación en casi ningún contexto (nacional o regional).

Sin embargo, varios de los profesionales de la Ginecología argumentaron que la cesárea es un problema, sí, pero fundamentalmente para el sistema de salud por sus **costes económicos**.

E: Totalmente, yo creo que la preocupación a nivel nacional tiene un interés económico profundo. (...) Porque ha pasado en otros países, desde el primer mundo, el mundo capitalista, hasta países socialistas, el interés de disminuir el índice de cesáreas, solo que de alguna manera más descarnada; en algunos países, por interés económico. A nivel de Estados Unidos hubo un modelo uno de los principales objetivos para disminuir los costos en salud en Obstetricia es disminuir. Pero ellos lo dicen... **(G4)**

Yo creo que el sistema de salud o el Ministerio de Salud está envuelto en una situación... no creo que al Ministerio no le importen las pacientes. Creo que al Ministerio le importa la plata. El gasto en salud que se está haciendo... por un sistema de salud que yo creo que está mal implementado. No creo que le importe María, Juana... en particular... ¡no! Tampoco le importamos los médicos ¡eso está más que claro! **(G7)**

De esta forma, aceptan a la vez que niegan que sea un problema de salud. Entienden que si no fuera por los elevados costos económicos que conlleva la intervención, no sería un tema de preocupación por parte de los organismos rectores de las políticas en salud. En cierto sentido, es una verdad. Diversos estudios y organizaciones han llamado la atención sobre la sobrecarga económica que significa para los sistemas sanitarios la medicalización injustificada, entre lo que se destaca el desmedido uso de la cirugía como vía de nacimiento (OECD, 2020; Sandall et al., 2018; Costa et al., 2018; Nápoles, Couto, 2017; Salinas et al., 2002; CLAP, 1989). Sin embargo, en otros sentidos, se puede aducir que no es la única faceta de la verdad.

Desde la Declaración de Fortaleza, la OMS (1985) ha establecido lineamientos sobre lo que serían las correctas intervenciones durante el parto, reconociendo el acontecimiento como un proceso fisiológico (no patológico). Ya desde ese momento se llamó la atención sobre diversas prácticas cotidianas en la atención al trabajo de parto y parto que podrían considerarse como una sobremedicalización innecesaria. Esta sobreatención comenzó a evidenciar la existencia de situaciones iatrogénicas y rutinarias durante la atención al parto. El problema con la

utilización de prácticas por rutina es que evade el componente fisiológico. Algunas de las prácticas que fueron consideradas como innecesarias son el rasurado, el enema y la prohibición de la ingesta de líquidos y alimentos. Otras prácticas fueron reconocidas como útiles, siempre y cuando se utilizaran cuando fueran estrictamente necesarias. Entre ellas se ubican la inducción farmacológica del parto, la rotura artificial de membranas y la cesárea.

Es decir, la preocupación por parte de los organismos internacionales no solo estaba puesta en los costos de la cesárea como tal, sino en los costos a mediano y largo plazo que conlleva la medicalización del parto, tanto por sus efectos en los gastos en salud como en las morbilidades que traen aparejadas sobre la salud de las mujeres. De hecho, no solo fue una preocupación para los organismos internacionales, sino que también para las propias mujeres. Ejemplo de ello lo podemos encontrar en el **movimiento por la humanización del parto**²⁷ (o *humanización del nacimiento*, como se lo conoce actualmente). Este movimiento surge como respuesta a las preocupaciones sobre la medicalización excesiva del parto y el nacimiento en muchas partes del mundo, que conlleva a su vez falta de respeto a las preferencias y necesidades individuales de las mujeres durante el parto. En este sentido, aboga por un enfoque más centrado en la mujer y respetuoso de sus decisiones durante el proceso de parto. Diversos estudios han demostrado cómo un modelo asistencial centrado en la humanización

²⁷ El movimiento por la humanización del nacimiento busca cambiar la hipermedicalización del embarazo y parto y promover un enfoque más holístico y centrado en la mujer durante el proceso. Busca brindar opciones y apoyo a las mujeres para que tomen decisiones informadas sobre su parto, respetar sus deseos en cuanto a la posición de parto, el uso de medicamentos y la intervención médica, y fomentar un ambiente de apoyo emocional durante el parto. También propone una mayor integración de las parteras y otros profesionales de la salud materna en el sistema de atención médica, reconociendo su experiencia y habilidades en el cuidado del parto y nacimiento. Además, busca mejorar la formación y sensibilización de los profesionales de la salud para que puedan proporcionar una atención más respetuosa y centrada en la mujer durante el parto.

La Declaración de Fortaleza (OMS, 1985) fue un mojón fundamental en lo que al movimiento se refiere ya que reafirmó la importancia de promover el parto normal y la atención respetuosa del parto. Durante las décadas posteriores, surgieron grupos de defensa y organizaciones en diferentes países que abogan por la humanización del parto. Ejemplo de ello fue la creación de la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) y la Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) de Brasil a partir de la Declaración de Ceará en torno a la humanización en el año 2000.

En los últimos años el movimiento ha ganado más atención y apoyo. Se han realizado estudios que respaldan la efectividad de enfoques menos medicalizados del parto, como el parto en casa o en centros de parto, en ciertos contextos. Además, las redes sociales y la difusión en línea han permitido una mayor conciencia y activismo en torno a este tema. Por su parte, la noción de humanización del parto ha permeado y ha sido incluida en diversas legislaturas, incluyendo el Uruguay. En la Ley 18 426 de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva (2008) se establece que se debe “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados” (art. 3, inc. c).

Para ampliar información sobre este movimiento, recomendamos la lectura de: Rothman (1982), Davis-Floyd & Jhonson (2006), Davis-Floyd (1994), Grilo (2005), Jones (2016), Gubernas (2009).

logra mejores resultados obstétricos que los logrados por el modelo biomédico (Conesa et al., 2022).

Por otro lado, encontramos que en el colectivo de parteras hay una tendencia a considerar que el alto índice de cesárea es un problema que debe ser atendido con urgencia, pero, al mismo tiempo, entienden que es un asunto que radica principalmente en los profesionales de la Ginecología. Desde su perspectiva, se trata de un problema asociado a la **naturalización de la cirugía por parte de la Ginecología**.

Las parteras como colectivo y enfermería como equipo también, lo sé por comentarios que de repente escuchas: “ah, era obvio que iba a terminar en cesárea”, entonces, como que ya está más naturalizado en los médicos que terminen haciendo una cesárea. **(P5)**

De esta forma, el colectivo de parteras se coloca por fuera del problema y no visualiza en su ejercicio profesional ningún elemento que pueda contribuir con esta situación.

Unos pocos profesionales de la Ginecología fueron escépticos en señalar que la cesárea sea un problema de salud pública que deba ser atendido, cuestionando la expresión “cesárea innecesaria” de creciente uso por parte del movimiento de humanización del nacimiento.

No, sinceramente no, más allá de la opinión pública y de lo que se escucha habitualmente de que es preocupante el aumento del índice de cesárea... no lo veo como un problema, sinceramente. Discrepo un poco con el concepto de “cesáreas innecesarias”, yo creo que la cesárea es necesaria por determinadas circunstancias, subjetiva u objetiva, este... pero... las “cesáreas innecesarias” realmente no existe... **(G5)**

Por otro lado, fue interesante encontrar que a lo largo de las entrevistas las respuestas tenían connotaciones diferentes entre lo explícito o lo implícito, entre la respuesta **políticamente correcta** y aquella que se expresaba al final de la conversación, cuando surgía más la opinión personal y no solo lo que se *debía* decir. En los casos de los profesionales que no consideran a la cesárea un problema de salud (G5 y G7), al comienzo de la entrevista sí expresaron su preocupación por el aumento del índice de cesáreas con un discurso correcto desde el punto de vista de las directrices nacionales. Sin embargo, a medida que se iba desarrollando la entrevista, fueron deslizándose sus opiniones personales, las cuales se alejaban de la declaración inicial.

4.2 La incidencia de la organización sanitaria en la gestión de la cesárea

Existe evidencia documentada sobre las diferencias en los índices de cesárea de la capital y el resto de los departamentos del país (Montevideo e interior del país), así como en los porcentajes de los hospitales del sector público y del sector privado (Aguirre et al., 2019). En ese sentido, los profesionales entrevistados fueron consultados sobre sus valoraciones al respecto y sus respuestas enfatizaron sobre **el peso de la organización sanitaria** como factor determinante.

En cuanto a la diferencia entre Montevideo y el interior del país, la principal razón que visualizan los profesionales tiene que ver con los **traslados de los casos de alto riesgo** (tanto materno como fetal) a la capital por ser el lugar donde se encuentran las unidades de cuidados intensivos de mayor complejidad. Esto hace que muchas mujeres de diversas zonas geográficas del país den a luz en la capital y, por tanto, aumenten los registros capitalinos de nacimientos, aun cuando no sea su lugar de residencia²⁸.

Sí, en realidad lo que sí es real, que tanto [el sector] público y privado del interior, salvo algunos lugares puntuales, asisten embarazos de menor riesgo, si vos tenés un feto con una cardiopatía, no va a nacer en el interior, sea público o sea privado. Si es privado, va a nacer en el [Sanatorio] Americano, si es público va a venir a nacer acá [referencia al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)], si vos tenés una mujer que es un pretérmino de menos de 34 semanas y no tenés CTI neonatal, y hay pocos CTI en el interior, no va a nacer afuera, va a venir a nacer acá, si es un feto que hay que operar porque tiene una mala formación, no va a nacer en el interior, todo eso nace acá, o nace en el Hospital [CHPR]. **(G9)**

Ese es uno de los factores, porque lo trasladan intraútero (...) ¿Dónde va a nacer el bebé? Ese fue uno de los objetivos que siempre tuvimos, que no nazca un pretérmino en un lugar que no tenga CTI neonatal y que se traslada a la madre desde allí, con el bebé intraútero, a una maternidad de tercer nivel asistencial con un CTI al lado. Eso ha mejorado, pero claro, lleva a que la

²⁸ Los prestadores de salud privados del interior del país, agremiados a la Federación Médica del Interior (FEMI), realizan los traslados hacia el Sanatorio Americano. Desde el sector público (ASSE), se traslada hacia las maternidades mejor equipadas según la región o hacia el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) en la capital.

cesárea se hace en el centro de referencia y no en aquel lugar, pero en esos casos... bienvenido sea, bienvenido sea... (N6)

Otro de los motivos referidos frecuentemente por las personas entrevistadas refiere al **tipo de profesionales que asisten** los procesos de embarazo y trabajo de parto. En el interior del país, es aún frecuente que quienes asisten los partos sean obstetras parteras y no ginecoobstetras. Estos últimos son requeridos en caso de que surja una complicación. En Montevideo, en cambio, la atención en los servicios de maternidades es preferentemente dada por profesionales de la Ginecología, sobre todo en el sector privado, en el cual el seguimiento de embarazo es realizado por estos profesionales y no por parteras.

En el interior yo no conozco mucho las maternidades privadas porque no trabajé nunca, pero a nivel público hay parteras; las parteras sacan partos, es así. Cuando el parto no sale, ahí recién se llama al ginecólogo, pero en realidad yo creo que eso también debe influir. [En] toda las maternidad son solo las parteras. Cuando estuve en Paysandú trabajando, yo estaba de interna en la parte general y las embarazadas que veía, porque ya quería ser ginecóloga, ni me veían a mí, porque iban derecho a las parteras y lo resolvían todo ellas. A vos jamás te precisaban. (G2)

Lo que pasa es que en el interior quien controla el trabajo de parto es la partera, entonces siempre en los lugares donde hay parteras, hay menor índice de cesáreas. Porque la partera se puede sentar al lado de la mujer, o las que haya, a estar ahí, a tranquilizarla, a acompañarla, y las cosas se hacen mucho más rápido. El ginecólogo no está preparado para eso. (P6)

Estos datos son coincidentes con estudios estadísticos realizados en nuestro país. El estudio de Briozzo y colaboradores (2019) concluyó que una gestante del sector privado tiene 18,7 % más posibilidades de tener un nacimiento quirúrgico que una del sector público, tanto en la capital como en el interior del país. Por otra parte, entre los distintos factores que afectan esta relación, sobre todo en Montevideo, halló que solo el 9 % de los nacimientos en el sector privado fueron atendidos por parteras y que las mujeres eran mayoritariamente mayores de 30 años y de nivel educativo medio-alto.

Las obstetras parteras son las profesionales idóneas para el seguimiento y atención de los trabajos de parto y partos fisiológicos (OMS, 1985; Cópola, 2015). En este sentido, es comprensible la relación entre la asistencia por parte de estas profesionales con un bajo indicador de cesáreas. Trabajar desde la Fisiología por lo general significa respetar más los procesos naturales y realizar el mínimo de intervenciones con el fin de no interferir

innecesariamente en el proceso. Por el contrario, trabajar desde la patología —o la probabilidad de que ocurra cualquier patología— implica la realización de diversas acciones técnicas que pueden devenir en lo que se conoce como la **cascada de intervenciones** (Farías, 2015; Olza & Lebrero, 2016; Magnone, 2017).

Se entiende por *cascada de intervenciones* a los procesos médicos, técnicos y farmacológicos que implican una sobremedicalización innecesaria del trabajo de parto y parto. Por lo general, esta situación genera una serie de consecuencias que requieren de nuevas intervenciones para subsanar las primeras, y así sucesivamente. En la guía para una experiencia positiva del parto de la OMS (2018), se alerta que el aumento de la medicalización del parto ha generado como consecuencia el daño en la capacidad de parir de las mujeres y la dificultad para vivenciar una experiencia positiva de este. Del mismo modo, se establece que la realización de intervenciones de rutina o innecesarias, para acelerar el proceso de parto, no redundan en mejora de los indicadores de morbi-mortalidad y, por el contrario, aumenta las probabilidades de terminar en cesárea o partos traumáticos.

Si bien la **participación de las parteras** en los servicios de salud es altamente recomendada por organismos internacionales, nacionales y organizaciones sociales (United Nations Population Fund [UNFPA], 2014; OMS, 2018), las parteras entrevistadas refieren a dificultades para la incorporación real y efectiva como agentes de salud, con ejercicio pleno de su rol profesional en las salas de maternidad.

E: Hay una ley a nivel nacional que [dice que] en toda maternidad tiene que haber obstetras parteras y eso no es al azar. Justamente, tiene que ver con estudios que se hicieron, que en los lugares que hay parteras, no solo se da mucho más lo que es la contención: la satisfacción de las usuarias es mayor y hay menos índice de cesáreas, y que tiene que ver justamente con esto que hablábamos. La partera es: [lo recita como un cantito] la que está, la que contiene, la que apoya, la que sigue... pero ¿qué sucede? Para eso las instituciones tienen que estar sensibilizadas con que el rol de la partera es ese y que tenemos un título de libre ejercicio, que nos tiene que permitir hacer. Porque a mí no me sirve que me pongan por ley en una institución y que encima te achaquen que a pesar de tu incorporación el índice de cesáreas no ha disminuido, cuando en realidad ponen un profesional, pero que no lo dejan hacer. Hay lugares en los que básicamente somos auxiliares de los ginecólogos, no nos dejan ejercer nuestro libre ejercicio y si yo digo: “esta mamá se beneficiaría por el plano en el que está la presentación”, o sea, donde está la cabecita de ese bebé, con una posición vertical en una

pelota o para relajarse estaría bien que se pudiera dar una ducha de agua caliente, eso la mejoraría pila. O que pueda levantarse, porque se va a sentir como más proactiva en el proceso y va a mejorar, pero si a vos el ginecólogo, el que todavía está a cargo de la paciente, te dice: “No, no, caminar no. [No] puede caminar, o levantarse, no, o eso no sirve”, entonces, en realidad, terminamos haciendo un trabajo, pero no pudiendo cumplir una función. **(P1)**

La historia de la Partería y su relación con los sistemas de salud es muy interesante y ha sido abordada por profesionales e investigadores de todo el mundo (Enrenreich & English, 1973; Pons, 2015, Magnone, 2010, 2022, 2023; Carillo, 1999; Lutz, 2017; Ortiz, 1999, 2006). La partera ha sido a lo largo de la historia un recurso fundamental para la salud de las mujeres, sobre todo en los procesos reproductivos. Sin embargo, con el advenimiento de la medicina moderna, se comenzó a limitar y restringir el conocimiento de las parteras (matronas/comadronas), en beneficio de los médicos y los hospitales. A partir de entonces, las parteras han tenido una difícil situación para ser reconocidas e incorporadas a los sistemas de salud de los hospitales, en tanto profesionales independientes. De hecho, en Uruguay, las parteras fueron (re)incorporadas en todas las maternidades a partir de la Ley n.º 17 565 (2002)²⁹. En dicha normativa se establece que “todo establecimiento o institución donde se asisten partos debe contar con partera interna de guardia, ya sean estos establecimientos o instituciones de carácter estatal, paraestatal o privado” (art. 1), aclarando que “las referidas profesionales según lo requieran las circunstancias podrán actuar por sí mismas o como colaboradoras inmediatas de los médicos ginecotocólogos y pediatras de los establecimientos o instituciones de referencia” (art. 2).

La OMS (1985) refiere en la Declaración de Fortaleza que “debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales” y que “la atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión” (p. 1). De todas formas, continúa siendo una lucha cotidiana el poder ejercer su rol sin estar sometidas a poder médico y sus decisiones (Magnone, 2010, 2022).

Frente a una discrepancia entre la opinión de la partera y del ginecólogo, la partera, pobre, pierde como en la guerra, siempre. Porque, ya te digo, quedan

²⁹ En el año 2021 se presenta un proyecto de ley para la modificación/ampliación del articulado de la Ley n.º 17 565 (Lorenzo et al., 2021). Se propone como nueva redacción “Establécese que todas las entidades comprendidas en el artículo 1º de la presente ley, donde se asista un mínimo de sesenta partos promedio mensuales, deberán contar con, al menos, dos parteras internas de guardia permanente los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año” (subrayado nuestro). Este proyecto cuenta actualmente con media sanción aprobada por la Cámara de Representantes.

frustradas, porque ellas sienten que [la madre] podía parir y vino el ginecólogo y dice “no, vamos a hacer una cesárea”, y se hace la cesárea. (G6)

En el estudio de Yazdizadeh y colaboradores (2011), se pudieron identificar estas mismas dificultades en lo que refiere a la jerarquización de la actuación de ginecólogos por sobre las parteras, lo que se ve agravado por una ausencia de descripciones claras sobre los roles, límites y posibilidades de cada uno.

Otro elemento que diferencia a Montevideo del interior del país, según los profesionales, tiene que ver con **aspectos culturales**. En las ciudades del interior, en contraste con Montevideo, su escala, más pequeña, parecería favorecer un clima o un entorno menos estresante en la cotidianidad de profesionales como usuarias y familias que fomenta mayor proximidad y acompañamiento de los trabajos de parto. De forma adicional, se percibe que la población del interior del país es menos querellante o demandante que en la capital y, a su vez, como dice una entrevistada, “en el interior la opinión del médico es mucho menos cuestionada, el médico está como mucho más valorado” (G8).

En el interior la familia es como más tranquila, tiene como menos ansiedad, genera menos presión, y menos... es menos querellante que acá en la ciudad. Es también la población con la que trabajo, capaz es diferente, pero la familia muchas veces presiona: “Yo tuve cesárea”, te dice la madre, “y ella no va a poder parir”, “porque yo no pude parir, mi hija no va a poder parir”. (G3)

Otro elemento que apareció con mayor frecuencia en las respuestas fue el pago por **acto médico**³⁰, es decir, la condición por la cual a los profesionales ginecoobstétricos del sector privado de Montevideo³¹ se les abona un monto superior por el acto quirúrgico (Muinel et al., 2005).

Sí, creo que la diferencia principal con el interior y Montevideo, de por qué las parteras atienden el parto en el interior, [es que] a nivel público, igual que acá, y a nivel privado la FEMI no paga el parto como el acto médico. (P5)

En el [Centro Hospitalario] Pereira Rossell tenemos un rol bastante activo, porque las parteras controlamos el trabajo de parto y lo asistimos al parto. Generalmente hay una gran diferencia entre lo público y privado, en todo lo

³⁰ Se entiende por acto médico-quirúrgico a la sobreprestación económica que reciben los cirujanos y anestesiistas por la realización de un acto quirúrgico en sus guardias, es decir, un pago por sobre el salario fijo.

³¹ En 1993, la ratificación de un acuerdo laboral resultó en un cambio en la forma en que los médicos del sector privado en Montevideo eran compensados y se centró más en la remuneración por servicios médicos y quirúrgicos, lo que implicaba una disminución en la proporción del salario base en el total de ingresos. En contraste, en otras regiones del país la remuneración seguía siendo principalmente mediante un salario fijo.

público nosotros controlamos y asistimos los partos porque no hay, no hay lo que se llama el *acto médico*. En lo privado sí, el médico cobra por asistir el parto y hacer su cesárea, por eso es que lo realizan en las instituciones privadas los ginecólogos. (P3)

(...) no es el único motivo, claramente, pero si a vos te pagan más un acto médico que otro, y vos vivís de eso, ¿qué acto médico preferirías? (N1)

El pago diferencial por acto médico está relacionado en la literatura de la Economía de la salud como un indicador que puede asociarse a la demanda inducida. Se entiende por **inducción de la demanda** a “la utilización de la posición dominante por parte de los médicos en pro de su beneficio económico, como ser el incentivo que éstos tienen para variar la demanda de los consumidores con la finalidad de maximizar su utilidad” (Muinelo et al., 2005:3). La posibilidad del cuerpo médico para utilizar su lugar de poder y conocimiento para inducir o dirigir la decisión de la paciente hacia un lugar determinado es un factor potencialmente peligroso para la autonomía y capacidad de toma de decisiones de las usuarias.

Si bien entendemos que la inducción de la demanda es un tema que podríamos desarrollar en el siguiente apartado, “4.3: Prácticas profesionales frente a la cesárea”, entendemos que los mecanismos de pago (ya sea por salario fijo o por acto médico) corresponden a la organización sanitaria y no al profesional, y de allí la elección de agregarlo en este apartado.

En lo que refiere a las diferencias en los indicadores entre el **sector público y el sector privado**, además de la diferencia en el pago por acto médico, los profesionales se remitieron a contestar sobre el estatus de ser centro de formación en el sector público.

En este sentido, fue identificado como principal responsable de esta diferencia el hecho de que los hospitales públicos, sobre todo de la capital, son **hospitales escuelas** (Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela) y, por tanto, brindan mejores oportunidades para valorar e intentar solucionar las urgencias obstétricas.

En realidad, creo que la diferencia más grande es que a nivel público los lugares donde hay nacimientos son todos de formación. Entonces, en el Pereira Rossell hay estudiantes de Ginecología formándose, estudiantes de parteras; lo mismo pasa en el Clínicas, y puede ser que capaz que puede pasar eso también: que, como hay gente en formación, a veces se puede esperar más los tiempos para la asistencia de un parto. (P5)

Sí, es verdad que a veces hay indicaciones medias forzadas porque decís... yo trabajo en [mutualista de Montevideo], y el ginecólogo y el anestesista

estamos adentro y muchas veces la instrumentista y los ayudantes quirúrgicos están de retén, entonces muchas veces lo que pasa es que a las 12 de la noche ya tengo coordinada una cesárea y tengo otra paciente que está en duda, entonces como no quiero que se me vayan y esperar de nuevo que se arme el equipo a las tres de la mañana, la otra la coordino ahí. **(A6)**

Y, bueno, eso también es un factor que te agrava en verdad a la hora de tomar la decisión, porque [a] veces no esperás a que se siga agravando la situación, porque sabés que entre el anestesista, el instrumentista y todo el tiempo que demoran en llegar... y... a veces es una situación bastante estresante. **(N3)**

Por tratarse de centros académicos de formación hay más profesionales de todas las áreas asistenciales disponibles en todo momento (internos, residentes, docentes y profesionales de guardia), a diferencia de las instituciones privadas en las que el técnico de guardia es por lo general el único para tomar las decisiones asistenciales y debe convocar al resto del equipo para realizar la intervención (médicos en calidad de retén). Esta diferencia provoca que las decisiones que toman los obstetras de guardia deben contemplar no solo la situación clínica del momento de la gestante, sino el tiempo que puede demorar tener al equipo completo en la institución. Por otro lado, el que haya estudiantes de grado, posgrado, docentes y técnicos todo el tiempo —como ocurre en las maternidades públicas— permite que las decisiones puedan ser consultadas y evaluadas por más de un profesional. Sumado a esto, al ser centro de formación, se transmiten y respetan más las normativas internacionales y nacionales, lo que incluye respetar los tiempos fisiológicos del trabajo de parto.

Datos similares fueron encontrados en un estudio reciente sobre la utilización de la cesárea a nivel mundial publicados por la revista *The Lancet* en 2018 (Boerma et al., 2018). Allí destacan que la cesárea ha aumentado 1,6 veces más que el promedio global en las instituciones privadas vs. las públicas, al tiempo que es una técnica utilizada cinco veces más en los sectores más educados de la población, por lo que puede suponerse que las indicaciones no sólo están relacionadas con condiciones de salud ya que sería el quintil de la población con mayores recursos y accesos a servicios de prevención y tratamiento. Para el caso de Uruguay, un estudio (Briozzo et al., 2019) mostró que se tiene 18 % más posibilidades de terminar en una cesárea que en parto en el sector privado.

Además de las diferencias entre el sector público y privado y entre la capital y el resto del país, hubo otras circunstancias que están involucradas en la actuación profesional y que podemos ubicar como una problemática de la organización sanitaria general. Entre ellas podemos

identificar el multiempleo profesional, la posibilidad (o no) de conformar equipos de trabajo y la continuidad asistencial de los profesionales durante el embarazo y nacimiento.

En cuanto al **multiempleo**, pudimos identificar una fuerte preocupación por parte de los profesionales por cómo esto afecta en su actuación clínica cotidiana.

En esto del multiempleo, cuando vos salís de una guardia a otra, o hace 30 horas que estás de guardia, no tenés los mismos niveles de paciencia que cuando recién llegaste fresquita porque dormiste toda la noche en tu casa. Eso también cambia los tiempos, entonces a veces es muy difícil desprenderse de uno mismo en ese momento y decir “yo no importo acá (...)”, porque es como que también uno cae en las instituciones, cae mucho en la vorágine de la institución, en los tiempos de la institución. **(P10)**

E: Sí, claro... Bueno, evidentemente... estamos en una profesión y especialidad en la cual el multiempleo reina... hay colegas que salen de una guardia y entran a otra, y el cansancio te abruma un poco más y quizás eso no lleva a tomar las mejores decisiones, o quizás te llevan a tomar decisiones apresuradas, a veces, no sé... **(G5)**

Ahora, como médico, el tema es que uno está institucionalizado en varias instituciones y vos tengas que salirte en hora, porque tenés que ir en hora, porque cuándo nace o deja de nacer, o esperar el trabajo de parto, bueno “lo resuelvo o lo hace el que sigue” y, al final, ¿qué hacés? Hacés la cesárea. ¿Entendés? **(A7)**

De hecho, si tomamos en cuenta la población que entrevistamos (ver apéndice A), 20 de 37 participantes trabajaba al momento de la entrevista en —por lo menos— tres instituciones, lo cual es expresión de una realidad que caracteriza a los recursos humanos de la salud en nuestro país.

Se ha estudiado mucho la relación entre el multiempleo, sobre todo en el sector salud, y las consecuencias negativas que puede acarrear sobre el trabajador (Hernández, 2021; Patel et al., 2018; MSP, 2010). Las jornadas laborales largas, sin horarios fijos y yendo y viniendo de un lugar a otro pueden ocasionar situaciones de estrés, distanciamiento, mecanización del trabajo y *burnout*. En estos contextos, es de suponer que la calidad de atención se verá comprometida³².

³² A raíz de la evaluación del estado de situación del personal sanitario, a partir del año 2010 se comenzaron a proponer los cargos de alta dedicación (CAD) o cargos con funciones de alta dedicación (FAD). Esta propuesta, tomada en los consejos de salarios del sector, se ha comenzado a aplicar en diversos sectores del SNIS. El

Además de las consecuencias directas sobre el trabajador (salud física y salud mental), la sobrecarga laboral puede afectar las **relaciones de trabajo** y la posibilidad de conformación de **equipos de trabajo** efectivos.

E: Sí, todo, por eso es como todo multifactorial, digo... no es solo por lo económico, es por equipo que vos trabajás. Yo trabajo en distintas guardias y trabajás de distintas maneras. Vos cuando lográs confiar en tu equipo sabés cómo tu otro ginecólogo o tu partera piensa, y ellos saben cómo vos pensás: trabajás más fácil. **(G7)**

El multiempleo afecta la posibilidad de conformar equipos y de generar instancias de intercambio de cada caso, con seguimiento y análisis interdisciplinario profundo, debido a la alta rotación de los médicos entre distintos lugares de trabajo y distintas formas de contratación (guardia fija, suplencia, retén, etc.) (Melman et al., 2017).

Según Rando (2016), “los equipos cometen menos errores que los individuos. Esto se da cuando cada miembro del equipo conoce su responsabilidad y la de los demás integrantes” (p. 60). La posibilidad de intercambio y corroboración con otros, de igual o distinta especialidad, brinda mayor seguridad a la hora de tomar una acción clínica o una indicación. En este sentido, el multiempleo es un obstáculo para la conformación de equipos, tanto desde el punto de vista de la fatiga laboral de un trabajador que trabaja en dos, tres o más lugares como por la dificultad para generar pertenencia institucional y compromiso acorde.

Por último, en lo que a cómo la organización de los servicios puede afectar las condiciones en las cuales los médicos toman decisiones clínicas, incluyendo la vía de finalización del embarazo, encontramos que los profesionales de la Obstetricia que realizan el seguimiento del embarazo (tanto a nivel público como privado) no son luego quienes asisten el nacimiento. Es decir, no existe una real **continuidad asistencial** entre el embarazo y el nacimiento, no habiendo una comunicación entre los distintos niveles de atención dentro de un mismo servicio.

E: Yo creo que es importante que la parte de asistencia [sea] por parte del técnico que le controla el embarazo porque ya conoce a la paciente: sabe todo de su embarazo. Muchas veces el médico [de guardia] no la conoce o surge alguna complicación y no conoce a la paciente, no tiene la historia clínica y decide operarla, y capaz que no era necesario... **(G1)**

objetivo es mejorar la calidad asistencial al mismo tiempo que se contempla la calidad de vida de los trabajadores (Sindicato Médico del Uruguay [SMU], 2017). Sin embargo, el proceso es aún lento y no alcanza a la mayor parte de las especialidades y de las regiones.

E: Lo ideal es la continuidad asistencial, que el mismo que la controló todo el embarazo le haga el parto porque tienen conocimiento del paciente. El de guardia a veces no lo tiene. (...) Me ha pasado muchas veces que me dicen: “no, pero usted no me conoce y el médico mío me dijo que tenía que hacer una cesárea”. (...) pero los que estamos de guardia somos nosotros y no estamos de acuerdo con esta indicación, pero es todo un lío eso porque además nosotros estamos cansados de pedirles que no las manden con una orientación ya definida, porque eso te genera una enorme complicación. La mayoría de los problemas se generan por esas cosas, porque el médico le dice: “andá que te van a hacer una cesárea porque está muy grande”, pero él no está de guardia y entonces, después, él se lava las manos, ¡y eso está horrible! A veces te lo mandan escrito, a veces se lo dicen y la mujer ya viene predispuesta y después que está predispuesta es muy difícil revertir una indicación. **(G6)**

En los prestadores del SNIS, el seguimiento del embarazo se realiza en el primer nivel de atención. En ASSE es común que este seguimiento lo realicen las obstetras parteras, médicos de familia y ginecoobstetras. En los servicios del sector privado, este seguimiento es mayoritariamente realizado por ginecoobstetras. Sin embargo, no está previsto que quienes realicen este seguimiento sean quienes posteriormente asistan el nacimiento, por lo que esto último será realizado por los profesionales que estén de guardia en las salas de maternidad del hospital de referencia para cada prestador. En el sector privado³³ se da la posibilidad de que las usuarias puedan contratar de forma particular a su obstetra y ellos concurrirán en el momento del nacimiento, pero esta contratación es a título personal entre la mujer y el profesional y a costo económico de la familia (Colomar et al., 2022:7).

En este sentido, falta aún mucho camino por recorrer respecto a las recomendaciones de la OMS sobre la continuidad asistencial en este período. Recordemos que en 2018 la OMS presentó una serie de recomendaciones tendientes a una experiencia positiva del parto. Entre ellas,

el modelo de continuidad asistencial impulsada por parteras (CADP) consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brindan apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces. (p. 34)

³³ La continuidad asistencial solo está prevista en los seguros privados de salud.

4.3 Prácticas profesionales frente a la cesárea

Además de los aspectos que refieren a la organización sanitaria y la gestión de los servicios de salud, diversos aspectos pueden ser analizados desde las prácticas clínicas y profesionales que realizan en concreto los profesionales en el encuentro con cada mujer. Diversos estudios han hallado que las actitudes sobre la intervención inciden en la decisión de los profesionales (Yazdizadeh et al., 2011; Melman et al., 2017). En este sentido, dos aspectos centrales fueron evidenciados por nuestros participantes como responsables de decisiones clínicas que no refieren a situaciones clínicas:

- a) la creencia de algunos profesionales respecto a que la cesárea es más segura o controlable que el parto, y
- b) la medicina defensiva.

En cuanto a la **creencia de mayor seguridad**, se trata de un tópico que es referido con frecuencia por quienes entrevistamos. No por ello se deja de reconocer la falacia que esta creencia implica, ya que la cesárea es más riesgosa comparativamente que el parto, pero, al mismo tiempo, la reducción del tiempo (trabajo de parto vs. cesárea) es un elemento que puede brindar seguridad subjetiva al profesional actuante.

Hay profesionales que opinan que no, que no es un problema porque se basan en el pensamiento de que, bueno, “yo le hago cesárea y me aseguro de que salga todo bien”, cosa que es una falacia absoluta, pero muchos están convencidos realmente de eso. (G6)

E: Y yo creo que el ginecólogo también se siente como más seguro, porque, claro, ellos también tienen a veces las complicaciones del parto: que haga una asfixia o alguna... y todo eso trae sus consecuencias ¿no? (N2)

E: Hace 50 años, ya te digo, lo que vos ponías en la balanza: decías “bueno, pero una cesárea... esta mujer tiene muchísimo riesgo o este feto tiene muchísimo riesgo; por los riesgos anestésicos, la anestesia general, bla, bla, bla... a medida que eso disminuyó se le perdió el respeto y los miedos desde el punto de vista médico. Decir “bueno, una cesárea ¿y qué pasa? Una cesárea, no pasa nada”. Nos cuesta mirar los riesgos a largo plazo. Entonces hoy me parece que si vos te planteás en el hoy una cesárea, ¿pasan cosas en las cesáreas? Sí, anecdóticas. También hay otra cosa que puede estar jugando en cuanto a los tiempos... [silencio]... Como la cesárea es muy corta en su tiempo, también puede haber la sensación de que si eso es poco,

capaz que pasan pocas cosas. Y si estoy ocho horas capaz que me pueden pasar más cosas. Mirá... si yo corro una maratón tengo más chances de que me canse, de que infarte, de que me esguince. Ahora, si yo corro 100 metros... (G4)

Estos datos se correlacionan con estudios que se han realizado sobre la preferencia de las propias obstetras o sus parejas como vía de nacimiento en un embarazo sin complicaciones. Si bien en estos estudios la mayoría prefiere el parto vaginal, un número importante prefiere la cesárea aun cuando sea un embarazo de bajo riesgo. Uno de los primeros estudios en ese sentido lo realizan a Al Mufti y colaboradores en 1997 en Londres. En su estudio, 17 % de los obstetras optarían por una cesárea electiva sin justificación clínica y la motivación para ello sería evitar posibles daños en el suelo pélvico. Posteriormente se realizaron otros estudios similares que llegaban a resultados comprendidos entre el 10 y el 46 % (Beihler et al., 2017; Gabbe & Holzman, 2001; Lightly et al., 2014).

La **naturalización de las prácticas médicas** (clínicas y quirúrgicas) es una consecuencia directa de la medicalización de la sociedad. La medicina valora sus resultados según vida o muerte, es decir, si el paciente vive, es un éxito, y si muere, un fracaso. En los países desarrollados, con buenos sistemas de salud y de tecnología disponibles, la mortalidad de la cesárea es menos frecuente. Esta es una de las razones por las cuales los profesionales pueden incurrir en tener una falsa sensación de seguridad frente a la cesárea y una sensación de mayor control de la situación, aunque la morbilidad materna y fetal, incluyendo los aspectos psicológicos, aún sigue siendo un problema a corto, mediano y largo plazo (Olza, 2017).

El parto como evento fisiológico tiene tiempos y procesos en los que los técnicos son meros espectadores. Se espera de ellos que estén disponibles ante cualquier situación que se pueda desviar de la norma. Sin embargo, la tarea de espera atenta, pero pasiva, puede surtir en los profesionales especializados en patología (Ginecología, fundamentalmente) un efecto de mayor estrés y ansiedad, por lo que recurrir a un curso de acción donde ellos puedan controlar todos los procesos puede ser una acción que les brinde una sensación de mayor tranquilidad y seguridad ante la incertidumbre de un trabajo de parto (Diniz & Chacham, 2006; Olza, 2017).

Esta falsa sensación de seguridad puede traer aparejados otros problemas, ya que se sabe que la opinión profesional influye en las decisiones de los pacientes (Yazdizadeh et al., 2011; Melman et al., 2017). El momento del embarazo y del parto son tiempos de gran vulnerabilidad de las mujeres y por lo general se apoyan en la opinión profesional. Debemos recordar que la dinámica entre médico y paciente ha sido tradicionalmente caracterizada por una relación de poder desigual y paternalista. Por un lado, el médico se sitúa en una posición de autoridad

técnica respaldada por el marco legal, reconocido como un experto en su campo y legitimado socialmente³⁴. Por otro lado, la paciente (mujer embarazada) se encuentra en una posición de vulnerabilidad y desventaja al buscar asistencia médica y asumiendo las expectativas sociales asociadas al papel de dependencia inherente a su condición. A esto se suma la etiqueta de *lego* en relación con el conocimiento médico, lo que refuerza su posición de inferioridad dentro de la interacción (Magnone & Farías, 2022; Vallana, 2020, Erviti, 2010). Si los profesionales sanitarios tienen una visión propensa hacia la cesárea, sus recomendaciones estarán dirigidas hacia esta intervención y la respuesta de la mujer estará dirigida hacia la aceptación de la indicación médica (Hailton et al., 2023).

Por otro lado, la **medicina defensiva** fue otro de los factores que, a opinión de los entrevistados, está relacionado con el aumento del índice de cesárea.

Por otro lado, está el tema judicial, también, que influye mucho en muchos colegas, porque últimamente la medicina es muy defensiva, y entonces hay muchos ginecólogos colegas míos que yo les digo: “Che, hacés muchas cesáreas” y me dicen: “Sí, pero por hacer cesáreas de más nunca me van a demandar, pero por hacer un parto y que me salga mal, sí”, y eso tiene mucho peso. (G6)

Para mí, va mucho en eso, en la Medicina esa, defensiva, que los médicos estamos practicando porque los usuarios lo están requiriendo, vamos a decir. *Requiriendo* en el sentido de: cualquier incidente que ocurra durante el trabajo de parto, durante una cirugía o lo que sea, ya vas a tener una denuncia, aunque sea en la institución, o vas a estar metido en un brete, de alguna forma quizás no legal, específicamente un juicio, sino... Pero sí te van a estar llamando, o vas a tener que ir a declarar, o vas a tener que hacer un descargo, o vas a tener... Cosas que a nosotros no nos gustan mucho [risas]. Pero, digo... sí, entonces, ya, al mínimo inconveniente que haya durante el

³⁴ Un estudio colombiano (Rivera, 2021) mostró que las decisiones sobre el momento del nacimiento muchas veces distan mucho de factores clínicos. Se demostró que los días feriados (tanto los feriados fijos como aquellos que se desplazan hacia el lunes de la semana siguiente) disminuyen un 16 % los números de nacimiento, acrecentando en el día hábil siguiente los números de inducciones y cesáreas en mujeres con embarazos de bajo riesgo. Este número llegó al 24 % en los feriados del primero de año y Navidad. “Esto sugiere que la cesárea se estaría usando, al menos parcialmente, con fines estratégicos por preferencias y no con criterios médicos” (p. 34).

Estudios similares mostraron cómo ha cambiado significativamente en las últimas décadas los días de nacimiento, llegando a que, en la actualidad, casi un tercio de los nacimientos ocurren en días no festivos, ni fines de semana (Gans & Leigh, 2008; Hamilton & Restrepo, 2006; Jacobson et al., 2021).

Estos datos nos dan información para analizar la influencia de las sugerencias del profesional en la relación médico-paciente al momento de la toma de decisiones.

trabajo de parto, una bradicardia, o lo que sea, ya inmediatamente se indica la cesárea, como para evitar que eso progrese a cosas mayores, aunque tal vez sí, o tal vez no. **(A5)**

... todo el mundo tiene miedo a la demanda, todo el mundo tiene miedo a que salga algo mal y esté involucrado después en juicios y vueltas y atestiguar y recordar bien lo que pasó, entonces yo creo que es por eso, que es por miedo más que nada en defensa, se hace más que nada como defensa frente a ciertas situaciones... **(P9)**

Se entiende por medicina defensiva al conjunto de acciones que los médicos llevan a cabo para protegerse de posibles demandas judiciales debido a su práctica médica. Estas acciones incluyen indicar pruebas o tratamientos innecesarios o en demasía (medicina defensiva positiva o comisiva) o, incluso, rechazar pacientes de alto riesgo (medicina defensiva negativa u omisiva) (Hernández³⁵, 2021; Rudey, 2021; Sorrentino et al., 2022).

La medicina defensiva es una **forma no ética de ejercicio profesional**, ya que el acto médico deja de tener por objetivo central al paciente y se traslada al propio médico. Es una práctica que deteriora la relación médico-paciente, propicia la pérdida de confianza entre ambas partes y aumenta los costos del sistema de salud (Cubero, 2022; Sorrentino et al., 2022), lo que atenta contra el principio de justicia en salud pública (Rudey, 2021; Hernández, 2021).

El temor por una posible demanda está arraigado por el hecho de que es más factible que se realice una denuncia por la actuación profesional en caso de un parto vaginal que por una cesárea. Esto se basa en la creencia generalizada de que los profesionales deben realizar todos los procedimientos y utilizar todas las herramientas a su alcance para prevenir un desenlace negativo (muerte, discapacidad, daño) (Sorrentino et al., 2022). Se entiende, entonces, que realizar una cesárea es haber realizado todo lo posible, aunque esto no sea así, es decir, aunque la situación que se pretendía evitar se hubiera dado igual en un parto o una cesárea.

Del estudio realizado por Hernández (2021) se desprende que las especialidades que tienen mayor probabilidad de demanda son: Traumatología, Ginecología y cirugía general. De todas formas, “la mayor parte de las demandas son desestimatorias y reafirman la idea de que la medicina defensiva constituye una reacción exagerada” (p. 357).

³⁵ La Dra. Mónica Hernández desarrolla en su tesis doctoral (2021) un profundo análisis sobre la medicina defensiva con el objetivo de “contribuir a aliviar el temor de los profesionales a la judicialización de su actividad y, como consecuencia, mitigar las prácticas defensivas” (p. 27).

4.4 La hiperresponsabilización de las mujeres por parte de los profesionales

En este apartado se desarrollarán los factores no clínicos de las mujeres que los profesionales vinculan con la alta tasa de cesárea en el Uruguay. Entre ellos se encuentran las cesáreas por pedido materno (sin indicación médica que la justifique), el retraso en la edad de la primera gesta, la creencia de las mujeres y su familia sobre la mayor seguridad para el bebé en la cesárea vs. el parto vaginal y la falta de preparación e información previa sobre qué esperar en el embarazo y nacimiento. Estas dimensiones son valoradas de manera diferente según su disciplina, lo cual será tomado en cuenta para este análisis.

El **pedido materno** de cesárea es visualizado como una de las causas del aumento del índice de cesárea. Se entiende la cesárea por pedido materno como aquella realizada **previo al inicio del parto**, solicitada en cualquier momento del embarazo y que no tiene ninguna justificación médico-clínica. Esta dimensión fue abordada mayoritariamente en el discurso de ginecólogos/as y parteras, en menor medida por anestesistas y casi no fue incluida por Neonatología.

Yo creo que se ha incrementado. Ahí yo dividiría en dos; en dos grupos para ser esquemático. Una que tiene la información, sabe los riesgos e igual la solicita, porque tuvo un parto traumático, o lo que sea, y otra porque tiene la falsa seguridad de que es inocua. **(G4)**

Sin embargo, durante el estudio también pudimos identificar que los profesionales se refieren al pedido materno cuando la mujer solicita una cesárea **durante el proceso de trabajo de parto**.

Hay veces que la gente me dice: “¡Me estás *judeando*!”. El trabajo de parto conlleva dolor y mucha gente cree que nosotros dejamos que les duela por gusto, porque somos malos... **(G3)**

¡Muchas! ¡Muchas! Y más que nada en el trabajo de parto en el medio del dolor... ¡Es más que entendible la situación! Pero injustificada, por sí... **(G5)**

En la literatura internacional, la cesárea por pedido materno solo indaga las solicitudes previas al parto y no aquellas que se solicita durante este. Se entiende que cuando una mujer solicita una cesárea durante el trabajo de parto, en un inicio buscaba un parto y por diferentes circunstancias (dolor, cansancio, etc.) quiere finalizar el proceso cuanto antes.

En la actualidad no hay estudios sobre la incidencia a nivel nacional de esta indicación en la tasa global de cesárea; sin embargo, la evidencia internacional refiere que esta se encuentra entre el 2 y el 18 % del total de cesáreas. La solicitud materna se incrementó en los Estados Unidos de 1 % en 1999 a 1,62 % en 2015 (Trahan et al., 2022). En Canadá, la cesárea a solicitud materna es del 3,9 % (Yanfang et al., 2021); en Australia, del 4,4 % (Begun et al., 2023), y en diferentes países europeos oscila entre el 2 y el 18 % (Vallejos et al., 2016).

La cesárea por pedido materno se asocia con mayores riesgos para la mujer, tales como mayor incidencia de tromboembolismo, sepsis, infarto, coagulación disminuida y complicaciones anestésicas (Trahan et al., 2022; Begun et al., 2023). Por otra parte, también se asocia con morbilidades neonatales, aunque tiene mejores resultados en lo que refiere a la hipoxia neonatal (Begun et al., 2023)

Los motivos que conducen a esta solicitud se relacionan principalmente con el miedo o temor de la mujer a que algo negativo pueda ocurrir durante el parto (temor a no resistir al dolor, temor por lesiones o muerte fetal, temor por posibles traumatismos del suelo pélvico). Se agrega, además, a la solicitud materna, pero a recomendación de los profesionales, la posibilidad de poder coordinar el día de nacimiento, o el haber tenido experiencias previas negativas (tanto en partos anteriores como en consultas ginecológicas). También aumentan las solicitudes entre las mujeres que habían transitado por tratamientos de reproducción asistida o habían recibido algún diagnóstico de anomalía fetal (Jenabi et al., 2020).

Las características sociodemográficas de las mujeres que realizan la solicitud sin indicación médica son edad materna tardía, educación superior, nuliparidad, raza blanca, asistencia hospitalaria con altos niveles de atención (Yanfang et al., 2021)

Estos hallazgos coinciden con lo ya planteado en 2010 en el *Manual de obstetricia Williams*, en donde se agregan, además, las condiciones mínimas para acceder a tal solicitud por parte de los profesionales. Estos criterios buscan atenuar las complicaciones asociadas a la intervención en el corto y largo plazo.

La cesárea por solicitud materna no se debe llevar a cabo antes de las 39 semanas de gestación a menos que se cuente con evidencia de madurez pulmonar fetal. Además, es indispensable evitar en las mujeres que desean tener varios hijos por el riesgo de placenta acreta. Por último, este procedimiento no debe ser motivado por la indisponibilidad de un tratamiento eficaz del dolor. (Cunningham et al., 2010:548).

Es interesante que se incorpore el **manejo del dolor** como una variable que debería ser atendida de otras formas por parte del sistema de salud y no solo desde la realización de la

cirugía. Es sabido que el trabajo de parto puede acarrear una intensidad de dolor muy alta, y el umbral de tolerancia, al mismo, dependerá de cada mujer y su contexto vital (Magnone, 2010).

La anatomía o fisiología no son suficientes para explicar las diferencias o variaciones culturales, sociales, personales o de circunstancias que afectan a un individuo con ocasión de un acontecimiento doloroso. Y ello es porque la actitud frente al dolor no es una cosa meramente mecánica o fisiológica sino que está mediatizada por la cultura, las variaciones personales y la significación subjetiva atribuida a su presencia. El dolor es el producto de un contexto, es la expresión de una educación social (Busto, 2000:107)

Es por ello que no todas las parturientas se enfrentan de la misma forma a la intensidad del trabajo de parto (Cortés et al., 2020). De todas formas, es necesario realizar una distinción entre el miedo al parto y la tocofobia. La **tocofobia** es un cuadro psicopatológico, un trastorno de ansiedad caracterizado por miedo extremo y paralizante ante la situación (o el pensar en la situación) desencadenante. Aparece frecuentemente en mujeres que han sido víctimas de abuso emocional y sexual en la infancia, con eventos traumáticos previos a la gestación o partos traumáticos previos (incluyendo los partos de óbitos fetales), así como en mujeres con antecedentes de depresión y trastornos de ansiedad previas al embarazo (Sorrentino et al., 2022). Requiere atención por parte de profesionales en salud mental dado que es frecuente que esté relacionado con otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo y deben ser atendidos durante el embarazo para prevenir otras complicaciones en el posparto (Maiorani et al., 2021; Nunes et al., 2022). Sin embargo, la derivación a Psicología o salud mental en las instituciones asistenciales no fue referida por ninguno de los profesionales entrevistados. Es decir, que, en la mayoría de los casos, no se ahonda ni se trata la causa de esta fobia, solo su efecto (no querer un parto). De esta forma, la actuación de los profesionales queda nuevamente en la esfera de lo físico/biológico y no aborda otras dimensiones de la persona como su salud mental (actual y futura).

Por otro lado, es importante realizar la distinción entre el miedo al parto y el miedo a parir en el hospital. Diversos estudios han demostrado que el dolor de parto se vio intensificado ante situaciones estresantes como incertidumbre por el proceso, experiencias médicas previas negativas, sensación de no poder controlar la situación, intervenciones dolorosas continuas (tactos u otras maniobras), maltrato por parte de los profesionales que asisten, etc. (Nuñez, 2014; Cortes et al., 2020; Magnone, 2010, 2023). En estos casos, las directrices se centran en mejorar la calidad de la atención brindada y realizar políticas de humanización de la asistencia (OMS, 2018c; MSP, 2018).

En los casos en los que el temor al dolor sea un obstáculo, los servicios de salud pueden brindar **medidas farmacológicas y no farmacológicas** para ayudar a transitar este proceso. A nivel farmacológico, dependiendo del país, se puede recurrir al óxido nítrico o a la analgesia regional (comúnmente conocida como *epidural*) (Ruger, 2023). Entre las técnicas no farmacológicas se pueden resaltar el uso del agua (ducha o bañera con agua caliente a disposición), libertad de movimiento, masajes sacrolumbares, aromaterapia, pero, sobre todo, respeto de los tiempos fisiológicos y acompañamiento psicoemocional por parte de personas de su confianza y de personal respetuoso y cálido (Fernandez, 2014; Ortiz et al., 2014; Miranda et al., 2015; Goberna & Biurrun, 2020; Ruger, 2023).

De nuestro estudio se desprende que tanto los profesionales de la Anestesiología como de la Ginecología son más propensos a creer que la universalización de la analgesia farmacológica³⁶ en todo el sistema de salud sería la clave para disminuir los índices de cesárea, sobre todo en aquellas cesáreas que son a pedido materno por temor al parto o por incapacidad de la mujer para soportar el dolor durante el trabajo de parto.

Sería bueno que fuera generalizada, sí. Porque es algo que ayuda al trabajo de parto, que ayuda a tolerar el trabajo de parto. Muchas veces también la cesárea es por indicación de eso... porque la ves que se está agotando y va a llegar el momento del parto y sabés que no va a poder parir, que no va a tener fuerza... Entonces, para mí, sería una ayuda importantísima que estuviera para todas. **(A5)**

Mirá que yo era todo muy natural... Pero 'ta, es como decir que vas al dentista y ¿jte vas a sacar una muela sin anestesia teniendo anestesia!? Yo que sé, realmente ves que disfruta el trabajo de parto porque está sin dolor, sigue su evolución natural y, en ese caso, no sé si lo tomás como deshumanizado... porque la paciente deja de sentir dolor... digo, como parte de humanidad sacarle el dolor. **(P7)**

Existe discusión a nivel académico y profesional sobre el uso de analgesia farmacológica del tipo anestésica. La discusión se centra en que, si bien la analgesia epidural es la más efectiva para el alivio del dolor, esta tiene mayor prevalencia en partos vaginales que requieren intervención (ya sea con el uso de fórceps en el momento del expulsivo o la necesidad de administrar oxitocina sintética durante el trabajo de parto y expulsivo) (Anim et al., 2018;

³⁶ En el Uruguay, en la actualidad, no se ha universalizado la analgesia farmacológica durante el trabajo de parto. Solo tres prestadores de salud lo tienen incorporado en sus prestaciones para las parturientas. En el resto de los servicios, se puede acceder a ella mediante el pago particular de un profesional, lo que implica que solo aquellas mujeres/familias que pueden realizar el desembolso económico podrán acceder al servicio.

Palomo et al., 2019). Se ha relacionado el uso de analgesia epidural como predictor para un parto instrumental o cesárea, aunque también encuentran esta relación (mayor número de parto instrumental o cesárea) en mujeres que solicitan la analgesia durante una inducción farmacológica del parto (Rodríguez & Manzanares, 2001; Piedrahíta et al., 2016; Feldman et al., 2019), por lo que no es claro si la variable es afectada por la analgesia, por la inducción o por la combinación de ambas intervenciones³⁷.

No obstante, no todos los profesionales recomiendan la analgesia farmacológica como un derecho de las mujeres, sino que encuentran en ella una estrategia para mantenerlas más tranquilas y colaborativas con el equipo médico.

¡Hay que bancarse a una mujer gritando 12 horas!... Está bien que así es un parto, pero no por eso hay que fumarlo... por eso se anestesia. (A7)

Por su parte, la **psicoprofilaxis obstétrica** (conocida como clases de parto o preparación para el nacimiento) busca ser una estrategia preventiva y de bajo costo para combatir el miedo al parto (Guszkowska, 2014; MSP, 2018; Lima et al., 2019). La alfabetización en salud (*health literacy*) es entendida como “el grado de capacidad del individuo para obtener, procesar y entender la información básica en salud y los servicios, necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas” (Yee et al., 2016:1243). La información oportuna y de calidad es una herramienta fundamental para el empoderamiento de las mujeres durante el embarazo, y les brinda seguridad y confianza sobre lo que ocurrirá en el parto/nacimiento (Farías, 2014; Zambrano et al., 2018; Martínez, Karchmer, 2022).

Los profesionales entrevistados acuerdan que la preparación para el nacimiento dota a las mujeres de los conocimientos y las herramientas para afrontar un trabajo de parto y nacimiento. Sin embargo, los profesionales, sobre todo de la Partería, realizan una evaluación negativa en cuanto a la concurrencia de las mujeres en estas, lo que luego analizan como un factor que va en detrimento del manejo del dolor y las expectativas en el trabajo de parto.

E: Eh... mirá, en el hospital tenemos clase de parto y van muy pocas, muy pocas: la mayoría no van a las clases de parto. Si bien en la periferia en las policlínicas tienen también, van, pero... también, las clases de parto son generalmente seis encuentros en el proceso de embarazo, y vos en seis encuentros de una hora y media sí podés trabajar, pero esto... una puntita, poder poner un tema sobre la mesa, y 'ta. Sí hay mujeres que hacen un poco

³⁷ Algunos estudios han mostrado el aumento del índice de cesárea por razones de inducción fallida. Tal es el caso del estudio realizado por Heredia & Verdugo (2019), en el que se detectó que un 66 % de las inducciones relevadas en su estudio finalizaron en cesárea.

más, y tienen un antes y un después de la preparación y que realmente pueden tomar herramientas y le sirve, pero si bien eso es un gran factor, una gran ayuda, vuelvo a lo mismo: tiene que venir desde antes, en seis encuentros sí podés trabajar mucho, pero, en una mujer que nunca se ha trabajado a sí misma, es más difícil. **(P3)**

E: No lo usan. O sea, como se debería. La gente no usa ese recurso y estamos muy en lo que es internet y los medios de comunicación cibernéticos, por decirlo de alguna manera. La gente quiere todo más fácil, nada de moverte del lugar físico, está como que... Internet te lo dice, te explica... ponés en YouTube, igual te lo explica; eso de sociabilizar en los grupos está como cada vez menos, no sé... **(P2)**

E: [es importante que las] mujeres y la población se prepare[n] para parir, que asuma[n] que el parto es la vía de finalización ideal para ella y para su hijo. Eso es fundamental, que las mujeres se informen, que las mujeres se preparen, que se preparen para el trabajo de parto y que estén correctamente informadas en el momento del trabajo de parto y la asistencia del recién nacido sano, cuando nace. Eso es una punta fundamental. Si no hacemos promoción y no creemos, si no estamos convencidos que lo mejor es el parto normal, es difícil que lo logremos. Una mujer tiene que estar mentalizada que va a parir, para parir. Si no está mentalizada para parir, es mucho más difícil, y muchas veces terminan operadas nada más que por eso. **(G3)**

La pregunta que nos queda por realizar es cómo influyen los profesionales obstétricos, sobre todo durante el seguimiento del embarazo, en la promoción y recomendación de la psicoprofilaxis obstétrica y cuáles son los motivos por los cuales las mujeres no concurren, aun cuando el MSP (2017) instauró la pauta para la preparación del nacimiento en los prestadores del SNIS. Entre otras cosas, la pauta estipula que todos los prestadores deben brindar estos talleres en horarios que propicien la participación de todas las gestantes en el segundo trimestre.

Sobre estas interrogantes, la evidencia ha mostrado que si la mujer cree o sabe que la psicoprofilaxis obstétrica es beneficiosa para el momento del parto, esto aumenta su participación; por el contrario, siendo menor su conocimiento o creencia sobre los beneficios que recibirá al participar, disminuye su interés en concurrir a las sesiones (Martínez & Delgado, 2013). En este sentido, se vuelve de vital importancia el rol del obstetra tratante a la hora de explicarle los motivos y beneficios de participar y no solamente realizar el pase (derivación)

correspondiente. Otros factores que influyen en la participación o abandono son la condición económica, la distancia entre su residencia y el centro de salud y la infraestructura donde se brindan los talleres (Quiroz et al., 2014).

La **cesárea por pedido materno** introduce un **debate bioético** para el personal de salud. Por una parte, se plantea el criterio de infligir un daño que podría evitarse a la persona. Por otro lado, se respalda la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud (Cunningham et al., 2010; Vanegas et al., 2021).

Es un hilo muy fino... Yo, en mi postura, no hago cesáreas a elección, porque creo que no le tengo que aumentar el riesgo ni a la mamá ni al hijo. Entonces, no estoy de acuerdo en hacer cesáreas a elección porque me lo piden, pero sí se lo tengo que derivar a un colega, porque esa mujer no puede quedar sin asistencia. Lo mismo nos pasa cuando nosotros ponemos una inducción: no podemos poner una inducción con una mujer que no está de acuerdo con una inducción. Tenemos que respetar la autonomía de la mujer y también tenemos que respetar, también, no solo la autonomía de nosotros como médicos... pero ahí hay que tratar de ir llevándola, para que el resultado sea el mejor posible para todos. (G3)

Si bien la autonomía de las mujeres para decidir sobre su salud y su cuerpo deben primar, nos obliga a cuestionarnos sobre la calidad de la información con que cuentan las mujeres a la hora de solicitar la cesárea sin indicación médica que la justifique. Desde una perspectiva de derechos, no se puede obligar a una mujer a transitar un parto si no lo quiere, pero, al mismo tiempo, el personal médico debe asegurarse que la decisión sea tomada de forma libre e informada. Es obligación de los profesionales asegurarse que la mujer cuente con la información adecuada, suficiente y continua, que esta haya sido brindada en un lenguaje claro y que se haya entendido cabalmente por parte de la gestante. En caso contrario, cuando solo se acepta el pedido materno sin intentar demostrar los beneficios del parto y las consecuencias de la cesárea, se estaría actuando más desde el resguardo profesional (medicina defensiva) que desde la autonomía de la mujer (Sorrentino et al., 2022).

En nuestro estudio, la tensión entre la autonomía de las mujeres y la opinión de los profesionales a la hora de aceptar o no una solicitud materna la pudimos evidenciar con dos situaciones particulares: la cesárea por pedido materno y el parto luego de dos o más cesáreas. Consultados sobre si se debería o no aceptar la realización de la cesárea solo por pedido materno, la mayoría de los profesionales entrevistados respondió afirmativamente basándose en el argumento de la autonomía de la mujer. Sin embargo, consultados sobre

realizar la prueba de parto³⁸ en mujeres con dos o más cesáreas anteriores, la mayoría de los profesionales de Ginecología y Partería fueron contrarios a aceptar esta solicitud, negando el principio de autonomía por entenderlo como una práctica de alto riesgo. Parecería entonces que la decisión de aceptar o no un pedido materno no se basa en un real posicionamiento desde el principio de autonomía, sino en que la solicitud esté dentro de los parámetros que consideran que pueden ser habilitados por los médicos para que las mujeres tomen la decisión.

La **creencia** social, tanto en las mujeres como en las familias, pero también presente en los profesionales, de que la **cesárea es más segura que el parto** y que genera menos traumas para el bebé es ampliamente aceptada.

... hay veces que hay señoras que tienen como más miedo a veces en el parto, tienen miedo a que les pase algo en el nacimiento y como que piensan que la cesárea va a ser mejor. Porque creo, y estoy segura, que desconocen que es una intervención quirúrgica y que es una cirugía mayor. Yo creo que si ellas supieran realmente lo que significa hacer una cesárea no pedirían cesárea. Yo creo que, además, si supieran realmente todas las mujeres lo que es una cesárea, disminuiría un poco el índice también, lo que pasa que uno pide lo que no sabe lo que es. Saben en general que no te va a doler, que pasa todo más rápido que el trabajo de parto, que te duermen y nace el niño, pero como que hay mucha cosa atrás que no se dice que queda medio ahí implícito y solamente el que más o menos el que está en la medicina sabe que puede... que trae complicaciones. (P9)

Entre la creencia de que la cesárea es más segura para la madre se encuentra la percepción de que no es dolorosa como el parto (desconociendo el dolor posquirúrgico) y que protege los genitales y el periné. Por su parte, en relación al bebé, se cree que los bebés nacidos por cesárea son más agraciados ya que no sufrieron la deformación propia del pasaje por el canal

³⁸ La prueba de parto se da en aquellos casos en que, teniendo una cicatriz uterina anterior, se intenta un parto vaginal (PVDC). Los riesgos asociados a un parto luego de una o más cesáreas incluyen mayores riesgos de rotura uterina. Esta ocurre con una frecuencia muy baja, pero cuando ocurre puede tener consecuencias graves para la mujer y el bebé. Por este motivo, se recomienda que las pruebas de parto se realicen en centros de salud con un seguimiento y monitorización adecuado por parte de los profesionales. La recomendación de ofrecer una prueba de parto radica en que esta tiene mejores indicadores de resultados positivos que una cesárea de repetición (Cóppola, 2015). Actualmente, la tasa de éxitos de los partos luego de cesárea ronda entre el 60 y 80 % (Galan et al., 2017; Cubero, 2022) y la tasa de incidencia de rotura uterina ronda en el entorno del 0,1 y 0,5 %. Para el caso de partos vaginales luego de dos cesáreas (PV2C), la tasa de éxito es similar a los PVDC y la incidencia de rotura uterina es ligeramente mayor (entre 1 y 1,5 %), aunque aún marginal, por lo que diversas organizaciones y sociedades científicas recomiendan que se asesore a las gestantes sobre los riesgos y beneficios de la prueba de parto en estos casos por sobre la cesárea electiva (Tahseen & Griffiths, 2010; Kogan et al., 2011; De Leo et al., 2020).

de parto, además de que es más rápido que un parto. Se cree que de este modo se evita el trauma del nacimiento vía vaginal (Schantz et al., 2016). Ante estas falsas verdades, nuevamente cabe la pregunta sobre la actuación del personal de la salud durante la gestación para brindar información fidedigna a las mujeres para una toma de decisiones informada. Diversos estudios han mostrado la correlación entre la opinión positiva del profesional sobre la cesárea y el pedido materno sin indicación clínica (Begum et al., 2023; Sorrentino et al., 2022; Jenabi et al., 2020; Sun et al., 2020).

Otro factor que los profesionales atribuyen a las mujeres es el **retraso en la edad para la maternidad**, es decir, la primera gestación a los 35 años o más.

E: Y sí, en realidad nosotros tenemos partida la población reproductiva en dos grandes grupos: las que se embarazan muy jóvenes y, en la otra punta, las mujeres [que] se embarazan grandes, tienen pocos hijos y, en ese perfil poblacional, puede ser el único embarazo que vaya a tener, porque tiene 39 años... Son embarazos que muchas veces son difíciles de lograr, y no porque la mujer tenga un problema, sino porque está en otra etapa biológica de la vida. No es lo mismo embarazarte a los 39 que embarazarte a los 15... Bueno, hay quienes incluso usan una palabra que yo no uso, pero dicen: “Es un embarazo muy valioso”. Todos los embarazos son valiosos, pero bueno, si a vos te costó el embarazo y es producto de una reproducción asistida, y bueno, en ese caso sin duda ese embarazo tiene como otras connotaciones. Entonces, en esa población a veces uno, en ese afán de cubrir los riesgos, se plantea muchas veces: “Y bueno, y ... ¿no será mejor una cesárea?” ... Esa sensación de esa falsa seguridad que la cesárea da, en la cual estamos todos involucrados ¿no?... En esa mujer, la cesárea, en realidad, la cesárea seguramente va a ser la única cesárea que va a tener, los riesgos reproductivos a largo plazo, las complicaciones placentarias que puede haber, no los va a tener, porque seguramente no vaya a tener muchos hijos más.

(G9)

E: Hay otros embarazos que son embarazos en pacientes más... yo les digo *más añosas*... A lo mejor, producto de una fecundación artificial que se logran después de mucho tiempo y esos pacientes, claro, la probabilidad de una muerte fetal intraútero puede pasar en cualquier momento, pero cuando esos pacientes están maduros a veces se operan enseguida y se sacan. Entiendo que es una indicación que no necesariamente es clínica, pero, al hacer la cesárea, el riesgo de que pase algo a partir de la semana 38, si está

en la casa, o sea, durante el trabajo de parto, pasa a ser cero, porque se terminó ahí. **(A3)**

La gestación en mujeres de 35 años o más puede acarrear mayores riesgos obstétricos en el embarazo como abortos espontáneos o patologías fetales (aumento de la frecuencia de síndrome de Down, entre otros). Asimismo, el paulatino descenso de la reserva ovárica y el comienzo de la búsqueda del primer hijo se asocia a mayor necesidad de utilización de técnicas de reproducción asistida. El retraso de la maternidad en sociedades desarrolladas está frecuentemente asociado a dos condiciones. Por un lado, el nivel educativo de las mujeres ha mejorado significativamente desde el siglo pasado y con ello su acceso y desarrollo en el mercado laboral. Esto conlleva un tiempo de dedicación al estudio y trabajo que va en detrimento del tiempo necesario para dedicarle a la crianza. Por otro lado, cada vez más, las familias de mayor nivel educativo buscan tener un bienestar económico suficiente y estable para afrontar los gastos que conllevan los hijos y el nivel de vida que quieren proporcionarles (Fuentes et al., 2021; March et al., 2023).

Varias de las razones que se conjugan en este apartado —creencia por parte de las mujeres de que la cesárea es más segura que el parto, la cesárea a pedido materno sin indicación médica, el temor al parto y al dolor, participación en la preparación para el nacimiento— demuestran la visión de los profesionales sobre las mujeres. Se les transfiere a ellas la responsabilidad y no se realiza una autocrítica sobre su rol profesional.

Conclusiones

La cesárea es la intervención quirúrgica más realizada a nivel mundial. Los avances en la Medicina han posibilitado que diversas patologías del embarazo o del nacimiento puedan ser resueltas mediante este procedimiento. Sin embargo, se ha realizado un abuso de la técnica que ha tenido como consecuencia que actualmente nos encontremos ante un uso desmedido en varios muchos países, sobre todo en la región (OMS, 1985, 2015, 2021; MSP, 2014, 2018; Hernández, 2019).

Desde 1985, la OMS estableció que no hay justificación para una tasa de cesárea superior al 15 %. A pesar de ello, el índice de cesárea ha aumentado significativamente en los países desarrollados, y se estima que, para 2030, más del 50 % de los nacimientos sean realizados por vía quirúrgica (Rueda, 2023). Uruguay no está exento de esta problemática, ya que tiene un índice de cesárea del 48 % a nivel nacional; cifra que es aun superior en los prestadores de salud del sector privado.

Organismos internacionales y organizaciones a nivel regional y nacional en todas partes del mundo han propuesto diversas estrategias para la contención y disminución de estas cifras, y alertan sobre las consecuencias a mediano y largo plazo de la cesárea tanto para las mujeres como para los bebés (Cunningham et al., 2010; ACOG, 2013; MSP, 2023), sobre todo en aquellas circunstancias en las que no se tenga una indicación absoluta.

Es necesario ubicar la complejidad y multicausalidad del fenómeno, sobre todo a la hora de diseñar políticas públicas sobre salud reproductiva y perinatal. Uruguay ha realizado avances destacados en sus políticas de derechos y salud sexual y reproductiva en los últimos 25 años a impulsos de la “Conferencia internacional de población y desarrollo del Cairo” (ONU, 1994) y las acciones del movimiento feminista. En particular, en lo que refiere a la atención al nacimiento, ha actualizado guías para su atención institucional y recomendaciones clínicas que se alinean a los Objetivos sanitarios nacionales. La creación y puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud y la promulgación de la Ley de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, ambos a partir de 2008, han sido hitos significativos, sobre todo a la hora de converger políticas públicas en todo el territorio nacional y en todos los prestadores de salud, tanto públicos como privados.

La elección de la cesárea como objeto de estudio de la Psicología se fundamenta en que la disciplina ofrece un corpus teórico, en particular desde la psicología de la salud, con enfoque de género para analizar los diferentes niveles de determinación que están implicados en este

fenómeno. Así también, porque la disciplina considera que esta vía de finalización de los embarazos trae aparejadas consecuencias psicoafectivas para las mujeres y, por tanto, para su bienestar subjetivo y el pleno goce de sus derechos reproductivos.

Nos apoyamos en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, que nos permite examinar los diferentes sistemas que están interconectados en la atención del parto y nacimiento. Diagramamos el análisis de este modelo colocando a la mujer en el nivel individual, a su familia y profesionales de la salud que la asisten en el microsistema y al sistema de salud y las políticas de atención al nacimiento en el nivel mesosistémico. A nivel del exosistema, ubicamos y analizamos los procesos de medicalización de la sociedad y las políticas de salud sexual y reproductivas. Por último, en el nivel macrosistémico, ubicamos las normas y relaciones de género, la construcción del ideal de maternidad y las relaciones de poder en los que se sustentan.

Como punto de partida de este abordaje, nos planteamos analizar los factores psicosociales, organizacionales y sanitarios relacionados con la alta incidencia de la cesárea en Uruguay desde la perspectiva de los y las profesionales. Mediante un abordaje cualitativo de tipo descriptivo-analítico y transversal, realizamos entrevistas en profundidad a profesionales de la Obstetricia y afines (Partería, Ginecología, Neonatología y Anestesiología) que nos permitió visualizar e interconectar los distintos niveles que están implicados en la toma de decisiones clínicas a la hora de decidir la vía del nacimiento. La muestra logró una heterogeneidad de participantes, tanto en disciplina, edad, sexo y años de experiencia. A partir de los resultados obtenidos, podemos concluir que los profesionales de las distintas disciplinas tienen percepciones comunes sobre el objeto de estudio.

Los resultados obtenidos los organizamos en cuatro áreas:

- 1) la visión de los profesionales sobre el problema de la cesárea;
- 2) la incidencia de la organización sanitaria en la gestión de la cesárea;
- 3) las prácticas profesionales frente a la cesárea, y
- 4) la hiperresponsabilización de las mujeres.

Los resultados, en estas cuatro áreas, incorporan el análisis de las dimensiones sanitaria y psicosocial. La dimensión sanitaria incluyó el análisis de atención sanitaria a la gestación y el nacimiento, la organización y condiciones de trabajo y la toma de decisiones técnicas. Por su parte, en la dimensión psicosocial analizamos las percepciones de los profesionales sobre la cesárea y sobre las mujeres gestantes, así como las condiciones técnico-profesionales.

El estudio evidencia que la cesárea dista de ser un tema exclusivo de la órbita médica-clínica. La multicausalidad del fenómeno se observa en la interrelación de tres niveles: la gestión sanitaria, los profesionales y las usuarias.

Los resultados obtenidos muestran que la cesárea es visualizada como un problema por los profesionales, quienes pueden relatar los riesgos y beneficios de esta intervención y alertar sobre su uso desmedido. Sin embargo, observamos una actitud ambivalente que se expresa en las diferencias entre un discurso políticamente correcto y el accionar profesional. Es decir, si bien los profesionales reconocen el uso desmedido de la intervención y acuerdan que debe ser atendida, relatan acciones del día a día que van a contrasentido de una estrategia de racionalización de su uso.

Ante la pregunta que orientó nuestro estudio sobre cuáles son los factores psicosociales, organizacionales y sanitarios implicados en la alta incidencia de la cesárea en Uruguay, los resultados nos permiten señalar que el **peso de la organización sanitaria** es uno de los factores determinantes en la gestión de la atención al nacimiento debido a que impone formas de organización de los servicios sobre los cuales, tanto profesionales como usuarias, no tienen mayor incidencia ni control. Un ejemplo de ello es la regulación del sistema de traslados del interior a Montevideo para casos de alto riesgo que genera afectaciones en las mujeres y su entorno familiar, así como a los profesionales que la reciben por su desconocimiento de la situación.

A su vez, en la capital del país, la atención profesional es brindada mayoritariamente por equipos de Ginecología, en particular en los prestadores del sector privado, y no por obstetras parteras, lo cual está asociado, desde las evidencias disponibles, con mayor grado de intervenciones (cascada de intervenciones) que, en muchos casos, aumenta la posibilidad de finalizar el embarazo vía cesárea.

Cuando el traslado se produce hacia un hospital público disminuye la probabilidad de terminar en cesárea, tanto por tratarse (en su mayoría) de hospitales-escuela de formación de profesionales como por contar con equipos más estables que en la atención privada por la propia forma de organización de las rotaciones, lo que facilita un intercambio de información y discusión de la situación clínica. Por otra parte, los centros-escuela suelen estar más habituados a utilizar las guías técnicas para una asistencia de mayor integralidad y calidad y con el mínimo de intervenciones posibles.

Otro factor de la dimensión sanitaria es la organización del trabajo y, más concretamente, la disponibilidad de condiciones para el trabajo en equipo multiprofesional, con estabilidad y atención longitudinal durante todo el proceso del embarazo-nacimiento-puerperio.

El multiempleo es un factor que está directamente relacionado con los resultados sanitarios. Dadas las características de la organización laboral en los servicios de salud en Uruguay, el regulador es la hora de trabajo y no el servicio prestado (por ejemplo, seguimiento de un embarazo y nacimiento). Por tanto, los profesionales deben recurrir al multiempleo en diversos prestadores de salud para alcanzar las horas semanales y el ingreso salarial que aspiran tener. Para lograr una forma diferente de atención es necesario adecuar los contratos de trabajo.

Los resultados ilustran que dos factores relacionados con la **práctica clínica profesional** están vinculados con la indicación de cesárea: la creencia de mayor seguridad y la práctica de la medicina defensiva.

La medicalización de los eventos obstétricos trae, entre otras consecuencias, la naturalización de determinadas prácticas y la sensación de inocuidad. Para el caso de la cesárea, los avances técnicos y tecnológicos han logrado que sea una cirugía bastante segura. Sin embargo, no se debe olvidar que, aunque los indicadores de morbi-mortalidad materna-fetal han mejorado significativamente, la cesárea sigue siendo más riesgosa que un parto en relación con sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

La incertidumbre ante un trabajo de parto que puede demorar horas parecería encender más señales de alerta que de seguridad para el personal de Ginecología (Sun et al., 2020). La diferencia con el personal de Partería es que este está formado en el acompañamiento de un proceso fisiológico y entrenado para estar atento, pero no intervenir hasta que haya una señal clara de alerta. Es por ello que tanto organismos internacionales como, incluso, nacionales han reconocido el valor de la Partería para lograr una mejor experiencia del parto manteniendo los mismos niveles de buenos resultados.

Por otro lado, al analizar las perspectivas de los profesionales de nuestro estudio, se puede concluir que la práctica de la medicina defensiva está muy presente en su accionar cotidiano, principalmente en el equipo de Medicina. Esta forma de accionar, basada en proteger al profesional antes que cuidar a la usuaria, está también ligada a los procesos de medicalización de la sociedad. Es decir, si el profesional interviene con la mayor cantidad de recursos tecnológicos y técnicos, se genera una sensación personal, pero también subjetiva social, de que se ha hecho todo lo posible, aun cuando los resultados obtenidos no hayan mejorado los efectos y consecuencias. El riesgo mayor de la medicina defensiva es que atenta directamente contra la confianza hacia los profesionales de la salud y, por tanto, contra los propios servicios de salud (Vale & Miyazaki, 2019; Cruz, 2021; Cubero, 2022; Sorrentino et al., 2022).

Por último, los resultados que hemos obtenido muestran indicios de que los profesionales tienden a **responsabilizar a las mujeres** por el aumento del índice de cesárea. En este

sentido, encontramos que el pedido materno (previo al parto y durante el parto), la incapacidad o falta de preparación para el manejo del dolor, la falta de preparación para el proceso de nacimiento en general, así como una creencia de mayor seguridad cuando se reciben cuidados de mayor intervención técnica (incluida la cesárea), son las causas que los profesionales adjudican a las mujeres. No obstante, estas situaciones parecen tener más que ver con la influencia de la medicina en las creencias sociales en salud que con las creencias concretas de las personas (Pill, 1999).

Uruguay es un país que ha mejorado significativamente la captación temprana del embarazo por parte del sistema de salud, lo que ha redundado en una mejora de los seguimientos y controles durante todo el proceso. La transmisión de la información sobre la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica e incluso la atención a situaciones de miedo o estrés deberían ser priorizadas durante el embarazo para favorecer estrategias de afrontamiento del parto para las mujeres y sus familias. Desde el 2010, las clases de preparación para el nacimiento dentro del SNIS se incorporaron como meta asistencial. Sin embargo, no se logró el efecto deseado sobre el índice de cesárea. Si la fundamentación es brindar herramientas y preparar a las mujeres para el nacimiento, pero los profesionales perciben que las mujeres llegan a ese momento con poca información y preparación, hay que preguntarse sobre la eficacia de la psicoprofilaxis que se está brindando. En este sentido, es importante generar conocimiento basado en la valoración posterior por parte de las mujeres y sus acompañantes sobre la calidad de la información que reciben y cuánto pudieron incorporar/utilizar en el momento mismo del parto. De esta forma, se podría adecuar una política que en términos teóricos es beneficiosa para que logre eficazmente su objetivo. A su vez, es fundamental que los equipos asistenciales puedan realizar una autoevaluación de la información y preparación que brindan a las mujeres durante todo el proceso de embarazo, sobre todo en las consultas de seguimiento.

En síntesis, entendemos que el fenómeno de la cesárea y su alta incidencia en nuestro país es multifactorial y multicausal. Entendemos que un aspecto transversal que aún no se ha podido superar es la visualización del nacimiento como un evento patológico y por tanto que debe ser medicalizado. Es necesario, entonces, incorporar de forma profunda la concepción del nacimiento como proceso ante todo fisiológico, en el cual los protagonistas son la mujer, el bebé y los recursos de apoyo familiar, y donde la práctica médica debe limitar su actuación a aquellos casos en donde la situación lo amerite y no antes. Esta concepción debe ser transversal a todo el sistema, en sus aspectos organizativos, de gestión, clínicos, técnicos y tecnológicos y de comunicación en salud para que derrame hacia las mujeres en particular y a la sociedad en general.

Estamos en un momento histórico en que los avances técnicos y tecnológicos nos han permitido mejorar significativamente los indicadores de morbi-mortalidad materna-fetal. Es momento de avanzar hacia el nacimiento como un evento disfrutable y placentero, tanto para las mujeres como para los profesionales que las asisten. Ello significa un giro para integrar los resultados clínicos (vida o muerte) y los resultados subjetivos (bienestar emocional, calidad de vida, atención de calidad) en una estrategia integral de atención en salud.

Las medidas de reducción del índice de cesárea se han centrado, por lo general, en la práctica misma (auditorías de cesáreas, segunda opinión, clasificación Robson, etc.). No obstante, se debería incorporar una visión ecológica del problema y apuntar a revertir la hipermedicalización de estos procesos. Las estrategias deben ser integrales e incluir todas las dimensiones de los sistemas que influyen en la mujer, e intervenir en las prácticas profesionales concretas, pero, también, en la gestión de los servicios, así como en las creencias sociales sobre el parto y el nacimiento.

Este estudio es el primero realizado en Uruguay desde un enfoque psicosocial de la cesárea, analizando las perspectivas de los y las profesionales directamente involucrados en su atención. Complementa a las investigaciones que hemos realizado anteriormente, las cuales se focalizaron en examinar las perspectivas de las mujeres que vivieron esta experiencia.

El estudio tiene limitaciones. Por tratarse de una investigación cualitativa, sus resultados no son estadísticamente representativos, pero son significativamente relevantes.

Los resultados contribuyen a un análisis integral de este problema y orientan el diseño de intervenciones y políticas públicas desde el sector salud que se requieren para transformar el modo predominante de atención del parto y nacimiento que actualmente se implementa. También, estos resultados motivan la creación de una agenda de investigación en el tema con enfoque interdisciplinario y socioecológico que incluya estudios sobre sistemas y servicios de salud, estudios sobre comportamientos y actitudes de los y las profesionales ante la cesárea y estudios sobre comportamientos y actitudes de las mujeres, como, por ejemplo, el pedido de cesárea, sus motivaciones, expectativas y estrategias de afrontamiento al parto y nacimiento. Asimismo, necesitamos avanzar en el diseño de estudios longitudinales para conocer con mayor precisión las consecuencias emocionales de la cesárea, así como diseñar intervenciones basadas en evidencias culturalmente adaptadas, sensibles a las múltiples dimensiones implicadas y con enfoque transformativo de género.

Lejos de ser un campo de estudios agotado, los tópicos relacionados con el parto, cesárea y nacimiento son de creciente interés y, en ellos, la psicología de la salud, en conexión con la psicología perinatal y reproductiva y con enfoque de género, tiene mucho para ofrecer.

El mejor obstetra es el que hace menos, no el que hace más. Tu entrás, observás, y si todo viene cursando en forma fisiológica, que, por suerte, [de] casi todos los nacimientos, ocho de diez por lo menos son normales, habría que no hacer nada. No comprendés, entonces, cómo si ocho de diez son normales, ocho terminan en cesárea y dos en partos normales en algunos lados [se ríe sarcásticamente]. (P1)

Referencias³⁹

- Adán, Farid, Guadalupe, Fabiola, Carrillo, Antonio, Jonathan, Esdrain, & Dueñas, Ma de los Ángeles (2021). Pinzamiento temprano vs tardío del cordón umbilical y contacto piel a piel inmediato en nacimientos por cesárea. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89(6), 453–463. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.24245/gom.v89i6.5445>
- Aguirre, Rafael, Antón, José-Ignacio, & Triunfo, Patricia (2019). Análisis de las cesáreas en Uruguay por tipo de centro hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 333-340. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.004>
- Al-Mufti, Raghad, McCarthy, Andrew, & Fisk, Nicholas (1997). Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 73(1), 1-4. [https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(96\)02692-9](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(96)02692-9)
- Althabe, Fernando, Belizán, José, Villar, José, Alexander, Sophie, Bergel, Eduardo, Ramos, Silvana, Romero, Mariana, Donner, Allan, Lindmark, Gunilla, Langer, Ana, Farnot, Ubaldo, Cecatti, José, Carroli, Guillermo, & Kestler, Edgar (2004). Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 363(9425), 1934–1940. [https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/S0140-6736\(04\)16406-4](https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/S0140-6736(04)16406-4)
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2019). Practice Bulletin No. 205: Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 133 (2), e110-e127. doi: 10.1097/AOG.0000000000003078.
- Anim, Millicent, Smyth, Rebeca, Cyna, Allan, & Cuthbert, Anna (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.
- Antoine, Clavel, & Young, Bruce (2021). Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(1), 5-16. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0305>
- Aran, Daniel, & Laca, Hernán (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública de México*, 53(2):265-274.
- Arencibia, Ricardo (2002). Operación cesárea. recuento histórico. *Revista de Salud Pública*, 4(2), 170-185.
- Arguedas, Gabriela (2014) La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a..v11i1.14238>
- Asociación Obstétrica del Uruguay, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Fondo de Población de las Naciones Unidas Uruguay, & Ministerio de Salud Pública (2021). *Primer censo nacional de obstetras parteras: Perfil sociodemográfico, formación y desempeño*

³⁹ Las referencias bibliográficas aquí detalladas se realizan siguiendo las normas APA, 7ma. Edición, con la única salvedad de que se incluyen los nombres de pila de los y las autoras y no solo la inicial. Esta decisión busca dar visibilidad a los aportes realizados por las mujeres al campo de la ciencia y la academia.

profesional.

https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_-_libros_informe_primer_censo_nacional_final_-_web.pdf

- Badinter, Elizabeth (1991) *¿Existe el instinto maternal? Historial del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Paidós
- Bah, Homégnon, dos Santos, Nathália, Costa, Daisy, de Carvalho, Chrissie, Martinez, Victor, Gomes-Júnior, Erival, & Menezes-Filho, José. (2023). Environmental neurodevelopment toxicity from the perspective of Bronfenbrenner's bioecological model: a case study of toxic metals. *Cadernos De Saúde Pública*, 39(9), e00202022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN202022>
- Barrán, José Pedro (1993). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay: Vol. 2. La sociedad disciplinada*. Banda Oriental.
- Begum, Tahmina, Anuradha, Satyamurthy, Yaqoot, Fatima, & Al Mamun, Abdullah (2023) Epidemiology of Caesarean section on maternal request in Australia: A population-based study. *Midwifery*, 117- 103578. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103578>
- Bianchi, Eugenia (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana De Metodología De Las Ciencias Sociales*, 9(1), e052. <https://doi.org/10.24215/18537863e052>
- Biddle, Bruce (1986) Recent developments in role theory. *Annual Review of Sociology*, 12: 67-92. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.12.080186.000435>
- Bihler, Julia, Tunn, Ralf, Reisenauer, Christl, Pauluschke-Fröhlich, Jan, Wagner, Philipp, Abele, Harald, Rall, Katherina, Naumann, Gert, Wallwiener, Markus, Brucker, Sara, & Hübner, Markus (2017). Personal preference of mode of delivery. What do urogynaecologists choose? Preliminary results of the decision study. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 77(11):1182–1188. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120919>
- Blázquez, Maribel, & Montes, Ma. Jesús (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegui: Revista de Antropología Social*, 14.
- Boerma, Ties, Ronsmans, Carine, Melesse, Dessalegn, Barros, Aluisio, Barros, Fernando, Juan, Liang, Moller, Ann-Beth, Say, Lale, Hosseinpoor, Ahmad, Yi, Mu, Rebello, Dácio, & Temmerman, Marleen (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392 (10155): 1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- Bozbiyik, Osman, Makay, Ozer, Ozdemir, Murat, Goktepe, Berk, & Ersin, Sinan (2020). Improving the quality of operation notes: Effect of using proforma, audit and education sessions. *Asian Journal of Surgery*, 43(7), 755–758. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/j.asjsur.2019.10.002>
- Brasil, Tania, Paiva, Regina, de Oliveira, Ma. Inés, de Andrade, Carolos, & da Costa, Iuri (2015). Factores asociados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cadernos de Saude Publica*, 31(11), 2390–2400. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1590/0102-311X00123114>
- Briozzo, Leonel, Tomasso, Giselle, & Colistro, Valentina (2019). Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. *Revista Médica Del Uruguay*, 35(2), 94-104. <https://doi.org/10.29193/RMU.35.2.1>

- Bronfenbrenner, Urie (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Bustos, Reinaldo. (2000). Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. *Acta bioethica*, 6(1), 103-111. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100008>
- Cabella, Wanda (2012). *Análisis de situación en población. Uruguay*. Comisión Sectorial de Población, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Comisión Sectorial de Población, Trilce.
- Campero, Lourdes, Hernández, Bernardo, Leyva, Ahidée, Estrada, Fátima, Osborne, Jomo, & Morales, Sara. (2007). Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 49(2), 118-125.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200007&lng=es&tlng=es.
- Cardozo, Virginia (2021) *Género y salud. Análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay durante los gobiernos del Frente Amplio. Avances y desafíos pendientes*. [Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Uruguay]. Repositorio digital FLACSO. <http://hdl.handle.net/10469/18107>
- Carneiro, Marcia, Pereira, Kelly, Oliveira, Karla, de Sá Vieira, Erika, & Freitas de Vilhena, Ana Cristina (2019). Skin-To-Skin Contact Followed by Breastfeeding in the First Hour of Life: Associated Factors and Influences on Exclusive Breastfeeding. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1–12. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0260>
- Carrillo, Ana María (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *Dynamis*, (19), 167-190.
- Castañó, Ma. Ángeles, Pastor, Luis, & Carillo, Francisco (2016). Consentimiento informado en la humanización de la cesárea: un estudio preliminar. *Cuadernos de Bioética*, 27(2), 249-254. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87546953011>
- Castrillo, Belén (2019). *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019)*. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de La Plata (Argentina). Sedici. <https://doi.org/10.35537/10915/78629>
- Castro, Roberto, Campero, Lourdes, & Hernández, Bernardo (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista De Saúde Pública*, 31(4), 425–435. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (1989). *El nacimiento por cesárea en instituciones latinoamericanas. Aproximación a un diagnóstico de situación*. http://www.clap.opsoms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2001.pdf
- Chen Innée, Opiyo, Newton, Tavender Emma, Mortazhejri, Sameh, Rader, Tamara, Petkovic, Jennifer, Yogasingam, Sharlini, Taljaard, Mónica, Agarwal, Sugandha, Laopaiboon, Malinee, Wasiak, Jason, Khunpradit, Suthit, Lumbiganon, Pisake, Gruen, Russell, & Betran, Ana (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD005528. 10.1002/14651858.CD005528.pub3.
- Cohen, Nancy, & Estner, Lois (1983) *Silent Knife. Cesarean prevention & vaginal birth after cesarean*. Bergin & Garvey.

- Colmenar, Carmen (2013) La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda República y el franquismo. *Historia De La Educación*, 28, 161–183. <https://revistas.usal.es/tres/index.php/0212-0267/article/view/10266>
- Coloma, Marta, Gallardo, Margarita, Goya, María, Nandwani, Chirag, & Alvarez de la Rosa, Margarita (2021). Evolución y costes de la prematuridad por indicación médica en un hospital de tercer nivel. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(1), 3-13. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262021000100003>
- Colomar, Mercedes, Colistro, Valentina, Sosa, Claudio, de Francisco, Luis, Betrán, Ana Pilar, Serruya, Suzanne, & De Mucio, Bremen (2022). Cesarean section in Uruguay from 2008 to 2018: country analysis based on the Robson classification. An observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–10. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1186/s12884-022-04792-y>
- Conesa, Ma. Belén, Camacho, Marcos, Hernández, Encarnación, López, Esther, & Marín, Ester. (2022). Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2), e2798. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2798>
- Cóppola, Francisco. (2015). Cesáreas en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 31(1), 07-14. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002&lng=es&tlng=es.
- Córdoba, Julia, Farías, Carolina, Barboza, Ma. Eugenia, Delgado, Valentina, & Buzeta, Fiorella (2022). Discapacidad y salud sexual y reproductiva: sensibilización y capacitación a equipos de salud en Uruguay. *Integralidad Sobre Ruedas*, 8(1), 95–112. <https://doi.org/10.37125/ISR.8.1.6>
- Cortés, Francisca, Merino, Waldo, & Bustos, Karina (2020). Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. *Revista Chilena de Anestesia*, 49: 614-624. 10.25237/revchilanestv49n05-05
- Cortizo Vidal, Augusto, De Sousa Lima, Eduardo, & Campos Terra, Mariana (2022). Cesariana a pedido. En Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, *Ética em Ginecologia e Obstetrícia*. https://www.cremego.org.br/wp-content/uploads/2022/07/Livro_Etica_em_Ginecologia_2022.pdf#page=51
- Costa, Ana María, Rodríguez, Ana, Serra, Miquel, & Campillo, Carlos (2018). It's about time: Cesarean sections and neonatal health. *Journal of Health Economics*, 59, 46-59. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.03.004>.
- Crosby, David, Murphy, Martina, Segurado, Ricardo, Byrne, Fionnuala, Mahony, Rhona, Robson, Michel, & McAuliffe, Fionnuala (2019). Cesarean delivery rates using Robson classification system in Ireland: What can we learn?. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 236, 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.03.011>
- Cruz, Ana Belén (2020) La medicina defensiva como problema global. *Eidon: Revista Española de Bioética*, 54(): 66-86. 10.13184/eidon.54.2020.66-86
- Cruz, Ana Belén (2021). Medicina defensiva y derechos fundamentales. *Derecho y Salud*, 31(1), 159-167. <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-31-extraordinario-2021/medicina-defensiva-y-derechos>

- Cubero, Ana María (2022) *Resultados obstétricos y neonatales del trabajo de parto después de cesárea anterior* [Tesis doctoral, Universidad de Córdoba-España]. Helvia: Repositorio institucional de la Universidad de Córdoba. <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/24310/2022000002592.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cunningham, Gary, Leveno, Kenneth, Bloom, Steven, Hauth, John, Rouse, Dwight, & Spong, Catherine (2010) *Williams Obstetricia* (23a. ed). Mc Graw Hill
- Davis, Joseph (2009). Medicalization, social control, and the relief of suffering. En William Cockerham (Ed.), *The new blackwell companion to medical sociology* (pp. 211-241). Wiley-Blackwell.
- Davis-Floyd, Robbie (1993). The technocratic model of birth. En: S. Tower Hollis, L. Pershing, & M. Young (Eds.), *Feminist theory in the study of folklore* (pp. 297-326). University of Illinois.
- Davis-Floyd, Robbie (1994). The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social science & medicine*, 38(8), 1125–1140. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3)
- Davis-Floyd, Robbie, & Johnson, Christine (2006). *Mainstreaming Midwives: The Politics of Change*. Routledge.
- De Beauvoir, Simone (2011). *El segundo sexo* (7a. ed). Sudamericana.
- De Lima, Fátima, Balaguer, Camila, Rodríguez, Andrea, Rivas, Rosina, Farías, Carolina (2023). Experiencias de maternidad de mujeres en situación de discapacidad visual en Uruguay. *RED Visual: Revista Especializada en Discapacidad Visual*, 82, 9-28. <https://doi.org/10.53094/RCID5525>
- de Oliveira, Sandra, & Caixêta, Lilian (2017). Contextos de interação e sua inter-relação com o comportamento ecológico. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 14(1), 117–132. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.5007/1807-1384.2017v14n1p117>
- de Souza, Marcelo, Matte, Ana, Quadros, Marilaine (2021). A empregabilidade no modelo bioecológico do desenvolvimento humano em contextos de vulnerabilidade. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 21(4), 1775-1784.. <https://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.4.22071>
- Dekel, Sharon, Ein-Dor, Tsachi, Berman, Zohar, Barsoumian, Ida Agarwal, Sonika, Pitman, Roger (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 817-824. 10.1007/s00737-019-00968-2.
- Dekker, Luuk, Houtzager, Tessa, Kilume, Omary, Horogo, John, van Roosmalen, Jos, & Nyamtema, Angelo (2018). Caesarean section audit to improve quality of care in a rural referral hospital in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1814-1>
- De Leo, Rosella, La Gamba, Doménico, Manzoni, Paolo, De Lorenzi, Raffaella, Torresan, Sonia, Franchi, Massimo, & Uccella, Stefano (2020). Vaginal birth after two previous cesarean sections versus elective repeated cesarean: A retrospective study. *American Journal of Perinatology*, 37(S 02), S84–S88. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714344>
- Dhakal-Rai, Sulochana, Teijlingen, Edwin-van, Regmi, Pramod, Wood, Juliet, Dangal, Ganesh, & Dhakal, Keshar (2021). Classification of caesarean section: A scoping review of the Robson

classification. *Nepal Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 16(1), 2–9.
<https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.3126/njog.v16i1.37409>

Di Matteo, Robie, Morton, Sally, Lepper, Hiedi, Damush, Teresa, Carney, Maureen, Pearson, Marjorie, Kahn, Katherine (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychology*, 15 (4): 303-314

Diniz, Simone, & Chacham, Alessandra (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de saúde reprodutiva*, 1(1), 80-91.

Domecq, Yoandra, Freire, Josué, Querts, Odalis, & Columbié, Juan (2020). Consideraciones actuales sobre la iatrogenia. *MEDISAN*, 24(5), 906-924.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500906

Ehrenreich, Barbara, & English, Deirdre (1973). *Witches, midwives & nurses: a history of women healers*. Feminist Press

Elío, Daniel (2022). La medicalización de la vida. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 77-87.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000200078&lng=es&tlng=es.

El Parto es Nuestro (2017). *Cesárea: ¿Qué es? Tipos de Cesárea. Indicaciones absolutas, relativas e innecesarias*.
<https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/cesarea-que-es-tipos-de-cesarea-indicaciones-absolutas-relativas-e-innecesarias>

Erviti, Joaquina (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médico-usuarios de servicios ginecológicos (pp 101-122). En Alejandra López, & Roberto Castro. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

Etcheverry, Graciela (2020). *Centros de nacimiento. Estudio exploratorio de experiencias europeas y su aporte a la atención del parto y nacimiento en Uruguay*. [Tesis de maestría, Universidad de la República, Uruguay]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/32498>

Farias, Carolina (2014.). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*. [tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/4473>

Farías, Carolina, Córdoba, Julia, Barbosa, Ma. Eugenia, Gelpi, Gonzalo, Caillet-Bois, Cecilia, López, Alejandra, Bagnato, Ma. José. (2021). Abordaje metodológico en salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad con equipos de salud en Uruguay. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1),261-271. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.14>

Farías, Carolina, & Magnone, Natalia (2021). Parir en Uruguay en contexto de pandemia por COVID-19. En: Georgiane Heil, Joseli Silva, Karina Janz. (comp.) *Vivências de mulheres no tempo e espaço da pandemia de Covid-19. Perspectivas transnacionais* (pp. 71-88). Editora CRV. 10.24824/978652510325.9

Farías, Carolina, & López, Alejandra (2017). Experiencia de mujeres en situación de cesárea en Uruguay: el derecho a estar acompañada por una persona de su elección y las dificultades en

- Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, & Federación Colombiana de Perinatología (2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia: consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN) Bogotá, 2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 139-51.
- Feldman, Florencia, Viroga, Stefany, & Vitureira, Gerardo (2019). Efecto de la analgesia epidural sobre la forma de finalización del embarazo y los resultados neonatales: estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital de Clínicas entre 2014-2017. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 57(2): 131–138.
- Fernández del Castillo, Isabel (2006). *La revolución del nacimiento. Partos respetados, nacimientos más seguros*. Granica.
- Fernández, Isabel (2014). Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermería Global*, 13(33), 400-406.
- Fundación Oswaldo Cruz, & Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (2018). *Classificação de Robson*. Repositório institucional de Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29751>
- Fonseca, Javier (2017). Cesárea por solicitud materna (CPSM). *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*, 68(1), 7–11. <https://doi.org/10.18597/rcog.2985>
- Foucault, Michel (1984). *Historia de la medicalización*. <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>
- Foucault, Michel (1995). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Fowkes, F. G. (1982). Medical audit cycle. A review of methods and research in clinical practice. *Medical Education*, 16(4), 228–238.
- Fuentes, Ariel, Sequeira, Karina, & Tapia, Alejandro (2021). Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 146-160. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.10.002>
- Gabbe, Steven, & Holzman, Gerald (2001). Obstetricians' choice of delivery. *The Lancet*, 357(9257): 722. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71484-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71484-7)
- Gabbe, Steven, Niebyl, Jennifer, Simpson, Joe, Landon, Mark, Galan, Henry, Jauniaux, Eric, Driscoll, Deborah, Berghella, Vincenzo, & Grobman, William. (2019). *Obstetricia. Embarazos normales y de riesgo* (7a.ed.). Elsevier.
- Galán, Claudia, Mateos, Silvia, Martos, Angeles, Salcedo, Angel, & Pérez, Tirso (2017) Vía de parto tras una cesárea anterior. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 60(5), 438-443.
- Gallardo, Romina, & Echetto, Ma. de la Paz (2021) Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de COVID 19 con énfasis en los procesos de embarazo y parto en Uruguay. *Revista Derecho Público*, (59), 47 - 66. <https://doi.org/10.31672/59.3>

- Gans, Joshua, & Leigh, Andrew. (2008). What Explains the Fall in Weekend Births?. ResearchGate.
https://www.researchgate.net/publication/228550226_What_Explains_the_Fall_in_Weekend_Births#fullTextFileContent
- Garel, M., Lelong, N., Marchand, A., & Kaminski, M. (1990). Psychosocial consequences of cesarean childbirth: a four year follow up study. *Early Human Development*, 21(2), 105-114. 10.1016/0378-3782(90)90039-I.
- Gergen, Kenneth (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Paidós.
- Gibbons, Luz, Belizan, José, Lauer, Jeremy, Betran, Ana, Merialdi, Mario, & Althabe, Fernando (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 206(4). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.026>
- Goberna-Tricas, Josefina (2014.). *Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. [tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. <https://hdl.handle.net/10803/1762>
- Goberna-Tricas, Josefina, & Biurrun-Garrido, Ainhoa (2020). El alivio del dolor en el parto. Empoderamiento y vulnerabilidad de las mujeres en la toma de decisiones. Estudio cualitativo. *Musas*, 5(1): 79-97. 10.1344/musas2020.vol5.num1.5
- González, Franco, Barbero, Marcia, & Barrero, Gabriel (2018). *La profesión médica en Uruguay. Caracterización del perfil profesional y la inserción laboral de los médicos en Uruguay*. Colegio Médico del Uruguay
- Grilo, Carmen (2005). A humanização na assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 627-637. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- Gu, Jing, Karmakar-Hore, Sunita, Hogan, Mary Ellen, Azzam, Hussam, Barrett, Jon, Brown, Adrian, Cook, Jocelynn, Jain, Venu, Melamed, Nir, Smith, Graeme, Zaltz, Arthur, & Gurevich, Yana (2020). Examining cesarean section rates in Canada using the modified Robson classification. *Journal of obstetrics and gynecology*, 42(6), 757-765. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.09.009>
- Guszkowska, Monika (2014). The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27:2, 176-189. 10.1080/10615806.2013.830107
- Hamilton, Emma, McLaughlin, Karen, & Mollart, Lyndall (2023). Factors that influence women's decision on the mode of birth after a previous caesarean section: A meta-ethnography. *International journal of community based nursing and midwifery*, 11(3), 152-168. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2023.97229.2171>
- Hamilton, Patti, & Restrepo, Elizabeth (2006). Sociodemographic factors associated with weekend birth and increased risk of neonatal mortality. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 35(2), 208-214. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00034.x>
- Heredia, Katherine, & Verdugo, Caroline (2019). *Inducto-conducción fallida en la labor de parto que termina en cesárea*. [Tesis de grado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/45722>

- Hernández, Cristian (2019). La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. *Médicas UIS*, 32(1), 9-12. <https://doi.org/10.18273/revmed.v32n1-2019001>
- Hotimsky, Sonia (2010). Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil. En Alejandra López y Roberto Castro. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional* (pp. 137-155). Universidad de la República, Facultad de Psicología, Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género; Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Hutter, Randi (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Turner.
- Instituto Mexicano de Seguro Social (2006). *Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo del parto*. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-052-08.pdf>
- Instituto Mexicano de Seguro Social (2014). *Guía de práctica clínica para la reducción de la frecuencia de operación cesárea*. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GER.pdf>
- Ivers, Noah, Jamtvedt, Gro, Flottorp, Signe, Young, Jane, Odgaard-Jensen, Jan, French, Simon, O'Brien, Mary Ann, Johansen, Marit, Grimshaw, Jeremy, & Oxman, Andrew (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- Jacobson, Mireille, Kogelnik, María, & Royer, Heather (2021). Holiday, just one day out of life: birth timing and postnatal outcomes. *Journal of Labor Economics*, 39 (2), S651-S702. <http://dx.doi.org/10.1086/712493>
- Jain, Vipin, & Garg, Rohin. (2019). Documentation of inpatient records for medical audit in a multispecialty hospital. *Pravara Medical Review*, 11(3), 53-59.
- Jenabi, Ensiyeh, Khazaei, Salman, Bashirian, Saeid, Aghababaei, Soodabeh, & Matinnia, Nasrin (2020) Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(22), 3867-3872. 10.1080/14767058.2019.1587407
- Jogia, Ashutosh, & Mehta, Krishna (2022). Use of the Robson classification to assess cesarean section at a medical college hospital in Gujarat, India. *Asian Journal of Medical Sciences*, 13(8), 202–207. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.3126/ajms.v13i8.44293>
- Jones, Ricardo (2016). Birthcraft in Brazil: an update on the brazilian humanization of birth movement. *Midwifery Today with International Midwife*, (118), 40–45.
- Kingdon, Carol, Downe, Soo, & Betran, Ana Pilar (2018). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section targeted at organisations, facilities and systems: Systematic review of qualitative studies. *PloS one*, 13(9), e0203274. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203274>
- Kogan, Liron, Dior, Urie, Eizenberg, Neta, & Ezra, Yossef (2011). Trial of labor after two cesarean sections: the policy in Israel and four years experience. *Harefuah*, 150(11), 862–874.

- Label, Marcy, De Luca, Roby (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2272-2284
- Lavalle, Ricardo, Pizzanelli, Enrique, Jamouille, Marc, & Rojas, Ma. de Lourdes. (2023). Prevención cuaternaria. En Ricardo Anzures, Víctor Chávez, Ma. del. Carmen García, Octavio Pons. *Medicina familiar* (pp 649-675). Corporativo Intermédica.
- Laviña, Ana (2014). Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. *Duazary*, 11(2), 115–125. <https://doi.org/10.21676/2389783X.818>
- Lazarou, Anastasia, Oestergaard, Magdalena, Netzl, Johanna, Siedentopf, Jan, & Henrich, Wolfgang (2021). Vaginal birth after cesarean (VBAC): fear it or dare it? An evaluation of potential risk factors. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(7), 773-782. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0222>
- Leka, Stavroula, & Jain, Aditya (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. World Health Organization.
- Lerner, Gerda (1990). *La creación del patriarcado*. Crítica.
- Lesieur, Emmanuelle, Blanc, Julie, Loundou, Anderson, Claquin, Arnaud, Marcot, Michele, Heckenroth, Helene, & Bretelle, Florence (2018) Teaching and performing audits on caesarean delivery reduce the caesarean delivery rate. *PLoS One*, 13(8), e0202475. [10.1371/journal.pone.0202475](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202475).
- Lightly, Katie, Shaw, Elisabeth, Dailami, Narges, & Bisson, Dina (2014) Personal birth preferences and actual mode of delivery outcomes of obstetricians and gynecologists in South West England, with comparison to regional and national birth statistics. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 181:95-98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.07.005>
- Lima, Ana, Lima, Marcileide, & de Lucena, Glaucia (2019) Medo e dor no trabalho de parto e parto. *RECIEN: Revista Científica de Enfermagem*, 9(28):55-63.
- London, S. (2004). Hospitals with second opinion policy perform fewer cesarean sections. *International Family Planning Perspectives*, 30(3), 150.
- López, Alejandra, & Quesada, Solana (2002). *Guía metodológica. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a equipos técnicos de los centros CAIF*. Taller de Comunicación.
- López, Alejandra (2013). *Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos*. Conferencia Inaugural de las Actividades Académicas. Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- López, Alejandra (2016) *Profesionales de la salud y aborto en Uruguay: transiciones y disputas en el camino a su legalización (2000-2012)*. Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica.
- López, Laura, Rojo, Adalberto, & López, Carmen (2014). Factores de riesgo en la terminación del embarazo por operación cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. *Boletín Clínico Hospital Infantil Del Estado de Sonora*, 31(2), 96–100. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52800>

- Lorenzo, Eduardo, Viera, Humberto, Viviano, Alvaro, & Fort, Joanna. (2021). Establecimiento o instituciones donde se asistan partos: Modificación a la Ley 17.565 [Proyecto de ley]. <http://www.diputados.gub.uy/data/docs/LegActual/Repartid/R0575.pdf>
- Lotfi, Razieh, Tehrani, Fahimeh, Dovom, Marzieh, Torkestani, Farahnaz, Abedini, Mehrandokht, & Sajedinejad, Sima (2014). Development of strategies to reduce cesarean delivery rates in iran 2012-2014: a mixed methods study. *International journal of preventive medicine*, 5(12), 1552–1566.
- Lovo, Javier (2020) Prevención cuaternaria: hacia un nuevo paradigma. *Atención Familiar*, 27(4):212-215. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2020.4.76900>
- Lugones, Miguel (2001). La cesárea en la historia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 27(1), 53-56.
- Lutz, Elvira (2017). *Provocaciones de una partera, pasado, presente y futuro. Parteras, parto y algo más*. Pimesol.
- Maiorani, Chiara, Saita, Emanuela, & Molgora, Sara (2021) Affrontare la tocofobia : presentazione del modello di intervento ARTEMIS ed evidenze preliminari di utilità. *Psicologia della salute : quadrimestrale di psicologia e scienze della salute*, 1: 121-142. 10.3280/PDS2021-001008
- Magne, Fabien, Puchi, Alexa, Carvajal, Bielka, & Gotteland, Martin (2017). The elevated rate of cesarean section and its contribution to non-communicable chronic diseases in Latin America: the growing involvement of the microbiota. *Frontiers in pediatrics*, 5, 192. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00192>
- Magone, Natalia (2010) *Derechos y poderes en el parto : una mirada desde la perspectiva de Humanización* [tesis de maestría, Universidad de la República, Uruguay]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8256>
- Magnone, Natalia (2011, setiembre). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *X Jornadas de Investigación: derechos humanos, seguridad y violencia*. Montevideo.
- Magnone, Natalia (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.
- Magnone, Natalia (2017). Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay. *Sexualidad, Salud Y Sociedad*, (27), 97–117. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.06.a>
- Magnone, Natalia (2021). Cuerpos femeninos e intervenciones obstétricas. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 40 (2), 457-477. <http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v40i2.17973>
- Magone, Natalia (2022). *Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres* [tesis de doctorado, Universidad de la República, Uruguay]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/33502>
- Magnone, Natalia. (2023). Gobernanza reproductiva en la asistencia al parto en Uruguay. Una mirada en perspectiva histórica. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 8(1), e831. <https://doi.org/10.29112/ruae.v8i1.1831>

- Magnone, Natalia, & Farías, Carolina (2022). Violencia obstétrica en Uruguay. Desafíos para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres. *Musas: Revista de Investigación en mujer, salud y sociedad*, 7(2), 62-80. 10.1344/musas2022.vol7.num2.4.
- March, María, Navarro, Sonia, Partal, Marina, Ponce, Waleska, & Tarrats, Marta (2023). La maternidad tardía, ¿un hecho factible? Análisis bibliográfico desde una perspectiva médico-sanitaria. *Musas: Revista de Investigación en mujer, salud y sociedad*, 8(2), 165-180. 10.1344/musas2023.vol8.num2.8
- Martikainen, María, Keski-Nisula, Leea, Karvonen, Anne, Pekkanen, Juha, Hirvonen, Maija, & Roponen, Marjut. (2017). The lack of natural processes of delivery and neonatal intensive care treatment leads to impaired cytokine responses later in life. *American Journal of Reproductive Immunology*, 77(3), e12621. <https://doi.org/10.1111/aji.12621>
- Martínez, Juan, & Delgado, Miguel (2013). Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gaceta Sanitaria*, 27(5): 447-449. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.07.010>
- Martínez, Alejandra, & Karchmer, Samuel. (2021). Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(3), 361-367.
- Martínez, Carolina (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência y Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Martínez, Diana, Serrano, Leopoldo, Bravo, Daniel, Serna, Francisco, & Robles, Ma. del Consuelo (2018) Utilidad y eficacia de la clasificación de Robson para disminuir la tasa de cesáreas. *Ginecología y Obstetricia Mexico*, 86(10), 627-633. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.1462>
- Martínez, Diana (2017) *Indicaciones absolutas y relativas de cesárea segmentaria y sus complicaciones* [tesis de grado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio institucional de la Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/24482>
- Melman, Sonja, Petra, Rachel, Dirksen, Carmen, Kwee, Anneke, Nijhuis, Jan, Cornelia, Nicol, Scheepers, Hubertina, & Rosella, Ma. Gemma (2017). Identification of barriers and facilitators for optimal cesarean section care: perspective of professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(230). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1416-3>
- Melo, Semiramis, Simpionato, Érica, & de Mello, Débora (2013). Apego mãe - filho: estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 56(2), 125–129. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200002>
- Milanesi, Alejandro, Mirza, Christian, & Zeballos, Camila (2018). La construcción de la protección social en Uruguay: desafíos y horizontes. *Revista MERCOSUR de políticas sociales*, 2, 192-213. 10.28917/ism.2018-v2-192
- Millett, Kate (1974). *Política sexual*. Publicações Dom Quixote
- Ministerio de Salud (Argentina) (2015). *Iniciativa sanitaria tendiente a vigilar la prevalencia de la cesárea. Estrategias para su disminución*. http://www.fasgo.org.ar/images/Cesareas_Iniciativa_y_estrategias_reduccion.pdf
- Ministerio de Salud (Chile) (2021). *Norma técnica y administrativa. Monitoreo y vigilancia de la indicación cesárea*. Programa Nacional de Salud de la Mujer. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Norma-Tecnica-CESAREA-ISBN.pdf>

- Ministerio de Salud (Ecuador) (2015). *Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica*.
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
- Ministerio de Salud Pública (2009). *Norma nacional de lactancia materna*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2010). *Informe recursos humanos en salud*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/DT%207.%20Informe%20sobre%20los%20recursos%20humanos%20en%20salud-%202010.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2015). Presentación de objetivos sanitarios nacionales 2020.
<http://www.msp.gub.uy/noticia/presentaci%C3%B3n-de-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>.
- Ministerio de Salud Pública (2016). *Guía para auditoría para cesárea*. DIGESA.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-07/Gu%C3%ADa%20para%20Auditor%C3%ADa%20para%20Ces%C3%A1rea.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Principales líneas para implementar una estrategia para la reducción de cesáreas evitables*. DIGESA.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-07/Guia%20Plan%20Reducci%C3%B3n%20de%20Cesar%C3%A9a.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2017). *Pauta para la implementación de cursos de preparación para el nacimiento en el marco de la Meta 1*. DIGESA.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Pauta%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20Cursos%20de%20preparaci%C3%B3n%20para%20el%20nacimiento%20en%20el%20marco%20de%20la%20Meta%201.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2018). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*. Ministerio de Salud Pública, Fondo de Población de Naciones Unidas.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/RECOMENDACIONES.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2019). *Uruguay lidera en América baja de indicadores de mortalidad materna y embarazo adolescente*. <https://bit.ly/3zsKULm>.
- Ministerio de Salud Pública (2022). *Estadísticas Vitales. Nacimientos*. <https://uins.msp.gub.uy/>
- Ministerio de Salud Pública (2023a). *Objetivos sanitarios nacionales 2030*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030>
- Ministerio de Salud Pública (2023b). *Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-recomendaciones-para-manejo-situaciones-obstetricas-vinculadas>

- Ministerio de Salud Pública, & Organización Panamericana de la Salud (2019). *Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.paho.org/es/documentos/avances-consolidacion-sistema-nacional-integrado-salud>
- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales (España) (2010). *Guía de Práctica Clínica para la atención al parto normal*. <https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/GPC-resum-atencion-parto.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España) (2012). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema nacional de salud*. https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revisi on8marzo2015.pdf
- Miranda, Ma. Dolores, Bonilla, AM, & Rodríguez, Virginia (2015). Alternativas al dolor en el parto. *Trances: Transmisión del conocimiento educativo y de la salud*, 7(1), 129-138
- Moradi, Farideh, Aryankhesal, Aidin, Heidari, Mohammad, Soroush, Ali, & Sadr, Sara (2019). Interventions in reducing caesarean section in the world: a systematic review. *The Malaysian journal of medical sciences*, 26(5), 21–37. <https://doi.org/10.21315/mjms2019.26.5.3>
- Morales Calatayud, Francisco (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Paidós
- Muinelo, Leonel, Rossi, Maximo, & Triunfo, Patricia (2005). Comportamiento médico: Una aplicación a las cesáreas en el Uruguay (Documento de Trabajo, No. 06/05). Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Economía.
- Mutryn, Cynthia (1993). Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. *Social Science Medicine*, 37(19):1271-1281
- Mujer y Salud en Uruguay (2015). *Cesáreas innecesarias. Comunicado a la opinión pública*. <https://www.mysu.org.uy/que-hacemos/incidencia/posicionamiento-politico/cesareas-innecesarias/#>
- Mujer y Salud en Uruguay (2020). *Monitoreo de políticas de salud reproductiva en el marco de las respuestas al brote de covid-19 – Informe Uruguay*. <https://www.mysu.org.uy/investigaciones/monitoreo-de-politicas-de-salud-reproductiva-en-el-marco-de-las-respuestas-al-brote-de-covid-19-informe-uruguay/>
- Nápoles, Danilo, & Couto, Dayana (2017). Análisis de la cesárea como fuente de costo. *MEDISAN*, 21(8), 1008-1017.
- Nash, Mary (2000). Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939. En Georges Duby y Michelle Perrot, *Historia de las mujeres en Occidente* (627-646). Taurusminor
- Nggada, Benjamin (2023). Vaginal birth after Caesarean (VBAC). En Panagiotis Tsikouras, Georg Friedrich Von Tempelhoff, Werner Rath & Nikolettos Nikos, *New aspects in Cesarean sections*. IntechOpen. 10.5772/intechopen.109385
- Negrini, Rómulo, D'Albuquerque, Izabella, de Cássia, Rita, Ferreira, Raquel, De Stefani, Luciana, & Podgaec, Sergio (2021). Strategies to reduce the caesarean section rate in a private hospital and their impact. *BMJ open quality*, 10(3), e001215. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001215>
- Nunes, Livia, Coutinho, Fernanda, & Santos, Veruska(2022). Medo do parto: uma revisão das intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, 24(1), 1-22. <https://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP14089.en>

- Núñez, Patricia (2014). Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas Profesión*, 15(2), 43–49.
- Ochoa, Azucena, Garbus, Pamela, & Morales, Andrea (2021). Conductas conflictivas y convivencia escolar: análisis desde el modelo ecológico. *Sinéctica. Revista Electrónica de Educación*, (57), 1–22. [https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.31391/S2007-7033\(2021\)0057-012](https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.31391/S2007-7033(2021)0057-012)
- Olza, Ibone (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (96), 35–41.
- Olza, Ibone (s/f). *Lactancia después de cesárea*. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/lactanciaDepresionPsicosis.pdf>
- Olza, Ibone, & Lebrero, Enrique (2016). *¿Nacer por cesárea? cómo evitar cesáreas innecesarias y vivir cesáreas respetuosas*. Grupo Editorial Norma.
- Olza, Ibone (2017). *Parir. El poder del parto*. Ediciones B.
- Odent, Michel (2006). *La cesárea. ¿Problema o solución?*. a Liebre de Marzo
- Organización Mundial de la Salud (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2(8452), 436–437.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesárea*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161444>
- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *La clasificación de Robson. Manual de aplicación*. <https://doi.org/10.37774/9789275320303>
- Organización Mundial de la Salud (2018c). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.
- Organización de Naciones Unidas (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto. <https://www.un.org/es/conferences/population/cairo1994>
- Organización de Naciones Unidas (15 de febrero de 2018). *Portal de noticias. Mirada global. Historias humanas*. <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>
- Opiyo, Newton, Young, Claire, Requejo, Jennifer, Erdman, Joanna, Bales, Sarah, & Betrán, Ana Pilar (2020). Reducing unnecessary caesarean sections: scoping review of financial and regulatory interventions. *Reprod Health*, 17(133). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00983-y>
- Organización Internacional del Trabajo (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (2021). *Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay*. <https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay#:~:text=Principios%2C%20modelo%20de%20financiamiento%2C%20gesti%C3%B3n%20y%20atenci%C3%B3n,Personas%20usuarias%20del%20Sistema%20Nacional%20Integrado%20de>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, & The World Bank (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.

Ortiz, Alberto, & Ibáñez, Vicente (2011). Iatrogenesis and quaternary prevention on mental health. *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 513-525.

Ortiz, Teresa (1999). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre partos en la España del siglo xix. *Arenal*, 6(1).

Ortiz, Teresa (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. KRK Ediciones.

Ortiz, José, Palacio, Francisco, & Fonet, Ino (2014). Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(3), 411-427. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000300010>

Orueta, Ramón, Santos, Coral, González, Enrique, Fagundo, Eva, Alejandre, Gemma, Carmona, Javier, Rodríguez, Javier, Campo, José, Díez, María Luisa, Vallés, Natalia, & Butrón, Teresa (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161.

Pacheco, Farid, Lezama, Fabiola, Carrillo, Antonio, Amaro, Esdrain, & Dueñas, María de los Ángeles. (2021). Pinzamiento temprano vs tardío del cordón umbilical y contacto piel a piel inmediato en nacimientos por cesárea. *Ginecología y obstetricia de México*, 89(6), 453-463. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i6.5445>

Palomo, Ma. de Fátima, Arnáez, Marta, Frías, Zoraida, del Río, Inmaculada, Navalón, Zaira, Polo, Paola, & Pantoja, Manuel (2019). Analgesia epidural como factor influyente tanto en el trabajo de parto como en los resultados materno-fetales posteriores. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 62(6), 527-532. 10.20960/j.pog.00241

Parrondo, Eva (2009). Lo personal es político. *Trama y fondo: Revista de Cultura*, (27), 105-110.

Patel, Rikinkumar, Bachu, Ramya, Adikey, Archana, Malik, Meryem, & Shah, Mansi (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98. doi:10.3390/bs8110098

Pérez, Ignacio (2011) Las “no enfermedades” y la medicalización. *Jano*, 1775, 73-76.

Pérez, José Miguel (2022). *Cesárea humanizada. Estudio fenomenológico y experimental del contacto piel con piel*. [tesis de doctorado, Universidad de Sevilla]. Repositorio institucional de la Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/handle/11441/143000>

Piedrahíta, Dany, España, Jhoana, Piedrahíta, Wilmar, López, Carlos, & Henao, Rodrigo (2016). Resultados obstétricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia obstétrica durante el trabajo de parto. *Iatreia*, 29(3), 263–269. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v29n3a01>

- Pill, Roisin (1999). Aspectos relacionados con la salud y los estilos de vida: significados atribuidos por el vulgo a la salud y a las conductas saludables. En Carmen de la Cuesta (Comp.). *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina* (97-126). Universidad de Antioquia
- Piloto, Mercedes, & Napoles, Danilo (2014). Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(1), 35-47.
- Pineda, Yohanna, Martínez, Ingrid, Delgado, Wladimir, & Moncayo, Lady (2019). La iatrogenia y su perniciosa persistencia en los servicios de salud. *Recimundo: Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 1243-1260. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.1243-1260](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.1243-1260)
- Pinto, Patricia, Crispín, Patricia, Rojo, Elena, & Adiego, Begoña (2020). Impact of clinical audits on cesarean section rate in a Spanish hospital: Analysis of 6 year data according to the Robson classification. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 254, 308–314. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.09.017>
- Pons, José (2015). *Parirás con ayuda. Una historia de nacimientos, de parturientas y de quienes las asistieron*. Planeta
- Portillo, José (1993). La medicina: el imperio de lo efímero. En José Pedro Barrán. *La medicalización de la sociedad*. Nordan.
- Quibel, Thibaud, Chesnais, Marion, Bouyer, Camille, Rozenberg, Patrick, & Bouyer, Jean (2022). Cesarean section rate changes after audit and feedback with the Ten Group Classification System in a French perinatal network: A retrospective pre-post study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101(4), 388–395. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1111/aogs.14327>
- Quiroz, Carlos, Rivera, Robert, Salazar, Laura, & Solís Diana (2014). Factores que influyen en el cumplimiento de gestantes participantes a programas de psicoprofilaxis obstétrica. *Ciencia & Salud*, 3(10):31-38
- Ramirez, Esther (2020). *Psicología del Posparto*. Síntesis.
- Rando, Ana (2016). Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos?. *Revista Médica del Uruguay*, 32(1), 59-67. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008&lng=es&tling=
- Ribeiro, Talita, & Lira, Rivaldo (2019). Classificação de Robson: uma ferramenta para caracterizar as gestantes submetidas a cesariana. *Enfermagem Em Foco*, 10(5), 148–154. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n5.2475>
- Rivera, Diana (2021). *¿Quién decide cuándo nacen los bebés? Momento del parto y cesáreas en Colombia*. [tesis de maestría, Universidad de Los Andes, Colombia]. Séneca Repositorio institucional de la Universidad Los Andes. <http://hdl.handle.net/1992/53582>
- Robson, Michel, Scudamore, Ian, & Walsh, Sheila (1996). Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174(1 Pt 1), 199–205. [https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/s0002-9378\(96\)70394-0](https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/s0002-9378(96)70394-0)
- Robson, Mitchel (2001). Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 12(1), 23-39. 10.1017/S0965539501000122

- Rodríguez, Cecilia, & Manzanares, Sebastian (2001). Analgesia epidural y tasa de cesáreas. *Revista española de anestesiología y reanimación*, 48(9), 404-408.
- Rodriguez, Hugo (2006). De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Revista Médica Uruguaya*, 22(3), 167-168. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300001&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez, Guillermo, Iraisa, León, Segura, Anadys, & Atienza, Alba (2011). Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 40(3-4), 218-226. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Romero, Yanet, Pérez, Elizabeth, & Álvarez, Niurka (2023). La iatrogenia en la práctica médica actual. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"*, 11(1). <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1030/865>
- Rothman, Barbara (1982). *In labor: Women and power in the birthplace*. Norton & Company.
- Rudey, Edson (2021). *Medicina Defensiva e cesárea no Brasil*. [tesis de doctorado, Universidade do Porto, Brasil]. Repositorio Aberto: <https://hdl.handle.net/10216/136547>
- Rueda, Aleida (2023). *Aumento de cesáreas innecesarias impulsa esfuerzos regionales*. <https://www.scidev.net/americ-latina/news/aumento-de-cesareas-innecesarias-impulsa-esfuerzos-regionales/>
- Ruger, Azahara (2023). *Influencia del miedo prenatal en el desarrollo y experiencia de parto*. [tesis de doctorado, Universidad de Almería]. Repositorio institucional de la Universidad de Almería. <http://hdl.handle.net/10835/14203>
- Ruiz, Mariana, Campos, Elizabeth, Cruz, Patricia, Caetano, Mario, & Paschoini, Marina (2021). Parto vaginal após cesárea prévia em um hospital de ensino. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(1), 292-299. 10.18554/refacs.v9i0.4476
- Runmei, Ma, Terence, Lao, Yonghu, Sun, Hong, Xiao, Yuqin, Tian, Bailuan, Li, Minghui, Yang, Weihong, Yang, Kun, Liang, Guohua, Liang, Hongyu, Li, Li, Geng, Renmin, Ni, Wenjin, Qi, Zhuo, Chen, Mingyu, Du, Bei, Zhu, Jing, Xu, Yanping, Tao, Lan, Zhang, Xianyan, Song, Zaiqing, Qu, Qian, Sun, Xiaoyun, Yi, Jihui, Yu, & Dandan, Zhang (2012). Practice audits to reduce caesareans in a tertiary referral hospital in south-western China. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(7), 488–494. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.093369>
- Sadler, Michelle (2021). *La tecnocracia biomédica vestida de humanismo. La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo*. [tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili]. Repositorio institucional de la Universitat Rovira i Virgili. <http://hdl.handle.net/20.500.11797/TDX3235>
- Saforcada, Enrique (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós
- Saforcada, Enrique (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, (37), 7-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222002>

- Saforcada, Enrique, & Moreira Alves, Mariana (2014). La enfermedad pública. *Salud & Sociedad*, 5(1), 022-037. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-74752014000100002
- Saforcada, Enrique (2015). El sistema total de salud-enfermedad: componentes, dinámicas, responsabilidades, riesgos y alternativas. En Martín De Lellis (Comp.). *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 121-164). Nuevos Tiempos.
- Saletti, Lorena (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra: Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista*, (7), 169-183. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2884595>
- Salinas, Hugo, Albornoz, Jaime, Veloz, Patricio, Escobar, Cinthia, Benavente, Ricardo, & Martínez, Luis (2002). Programa de intervención clínica y económica de la operación cesárea en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(6), 451-455. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600004>
- Salinas, Hugo, Albornoz, Jaime, Reyes, Álvaro, & Carmona, Sergio (2004). Factores predictores de cesárea. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(5), 357-360. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000500005>
- Sandall, Jane, Tribe, Rachel, Avery, Lisa, Mola, Glen, Visser, Gerard, Homer, Caroline, Gibbons, Deena, Kelly, Niamh, Kennedy, Holly, Kidanto, Hussein, Taylor, Paul, & Temmerman, Marleen (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*, 392(10155), 1349–1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
- Sarduy, Miguel, Molina, Lisbet, Tapia, Grethell, Medina, Claudia, & Chiong, Damayancy (2018). La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2), 1-18. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200001
- Scarella, Anibal, Chamy, Veronica, Sepúlveda, Marcela, & Belizán, José (2011). Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 154(2), 136–140. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/j.ejogrb.2010.09.005>
- Schantz, Clémence, Leang, Kruiy, Petit, Véronique, Rany, Heng, & Goyet, Sophie (2016). Factors associated with caesarean sections in Phnom Penh, Cambodia. *Reproductive Health Matters*, 24(48), 111-121. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.009>
- Scott, Joan (1986). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Marta Lamas (comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Schnapp, Carlos, Sepúlveda, Eduardo, & Robert, Jorge (2014). Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 987-992. [10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)
- Shinejil, Ulambayar, Kiriya, Junko, Shibamura, Akira, Miller, Russell, Avirmed, Durrenbileg, & Jimba, Masamine (2022). Association between Robson classification groups and cesarean delivery: a longitudinal analysis in Mongolia. *AJOG Global Reports*, 2(3). <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1016/j.xagr.2022.100071>

- Sindicato Médico del Uruguay (2017). *La importancia de la alta dedicación*. <https://www.smu.org.uy/la-importancia-la-alta-dedicacion/>
- Sorrentino, Felice, Greco, Francesca, Palieri, Tea, Vasciaveo, Lorenzo, Stabile, Guglielmo, Carlucci, Stefania, Simone Laganà, Antonio, & Nappi, Luigi (2022). Cesarean section on maternal request-ethical and juridic issues: a narrative review. *Medicina*, 58(9), 1255. <https://doi.org/10.3390/medicina58091255>
- Sun, Na, Yin, Xiaoxv, Qiu, Lei, Yang, Qin & Gong, Yanhong (2020). Chinese obstetricians' attitudes, beliefs, and clinical practices related to cesarean delivery on maternal request. *Women and Birth*, 33 (1), 67-71. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.001>
- Tahseen, Samina, & Griffiths, M. (2010). Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 117(1), 5–19. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02351.x>
- Tessier, Ester, Camaño, Isabel, Garcia, Antonio, Hernández, José, Vellido, Rocio, De la Hera, Cristina, & De los Reyes, María (2013). Cesárea Humanizada. *Progreso de Obstetricia y Ginecología* 56(2), 73-78.
- Trahan, Marie Julie, Czuzoj, Nicholas, & Abenhaim, Haim (2022). Cesarean delivery on maternal request in the United States from 1999 to 2015. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 226 (3), 411.e1-411.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.10.003>
- Triep, Karen, Torbica, Nenad, Raio, Luigi, Surbek, Daniel, & Endrich, Olga (2020). The Robson classification for caesarean section—A proposed method based on routinely collected health data. *PLoS ONE*, 15(11), 1–11. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1371/journal.pone.0242736>
- Trojano, Giuseppe, Damiani, Gianluca, Olivieri, Claudiana, Villa, Mario, Malvasi, Antonio, Alfonso, Raffaello, Loverro, Matteo, & Cicinelli, Ettore (2019). VBAC: antenatal predictors of success. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 90(3), 300–309. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i3.7623>
- United Nations Population Fund (2014). *State of the World's Midwifery 2014 A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. <https://www.unfpa.org/sowmy-2014>
- Ungar, Michael, Ghazinour, Mehdi, & Richter, Jorg (2013). Annual research review: what is resilience within the social ecology of human development?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 348–366. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.1111/jcpp.12025>
- Uruguay (2001). *Ley N° 17386 Acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>
- Uruguay (2002). *Ley N° 17565 Establecimientos o instituciones donde se asisten parto deberán contar con partera interna de guardia*. <http://impo.com.uy/bases/leyes/17565-2002/2>
- Uruguay (2008). *Ley N° 18426 Defensa de la salud sexual y reproductiva*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Uruguay, Poder Legislativo (2012). *Ley N° 18987 Interrupción voluntaria del embarazo*. Diario Oficial 30/10/12. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

- Uruguay (2013). *Ley N° 19167. Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida*. <https://www.impco.com.uy/bases/leyes/19167-2013/7>
- Uruguay (2017). *Ley N° 19580, Violencia hacia las mujeres basada en género*. <https://www.impco.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Vale, Homaile, & Miyazaki, Ma Cristina (2019). Medicina defensiva: uma prática em defesa de quem?. *Revista Bioética*, 27(4), 747–755. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274358>
- Vallana, Viviana (2020). “La enfermedad normal”. Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, (34), 90–107. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>
- Vallejos, Alfonso, Espino y Sosa, Salvador, Lopez, Malaquias, & Duran, Luis (2016). ¿Las mujeres prefieren las cesáreas?. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(3): 127-129. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.11.002>
- Vanegas, Jairo, Pávez, Amaya, & Muñoz, Patricia. (2021). Tendencia de la cesárea: una reflexión desde la ética. *Acta bioethica*, 27(1), 119-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000100119>
- Vargas, David, Vera, Claudio, & Carvajal, Jorge. (2004). Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latino América: un estudio controlado randomizado en racimo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(4), 336-338. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000400014>
- Vasilachis, Irene (Coord) (2006). *Estrategia de investigación cualitativa*. Gedisa
- Viera, Mariana, & Evia, Victoria. (2021). Parir y nacer en tiempos de COVID-19 en Uruguay. *Alteridades*, 31(61), 51-65. <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsch/alt/2021v31n61/viera>
- Yanfang, Malia, Murphy, Erica, Erwin, Romina, Fakhraei, Daniel, Corsi, Ruth, Rennicks, Alysha, Harvey, Laura, Gaudet, Mark, Walker, Shi Wu Wen, & Darine, El-Chaâr (2021). Birth outcomes following cesarean delivery on maternal request: a population-based cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 193 (18) e634-e644. 10.1503/cmaj.202262
- Yazdizadeh, Bahareh, Nedjat, Saharnaz, Mohammad, Kazem, Rashidian, Arash, Changizi, Nasrin, & Majdzadeh, Reza (2011). Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Service Research*, 11, 159. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-159>
- Yee, Lynn, Niznik, Charlotte, & Simon, Melissa (2016). Examining the role of health literacy in optimizing the care of pregnant women with diabetes. *American Journal of Perinatology*, 33(13), 1242-1249. 10.1055/s-0036-1584540
- Zambrano, Kerly, Torres, Ma. Paulina, Brito, Anay, & Pazmiño, Yesica (2018). Psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios para la gestante. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 2(3), 242-259. 10.26820/recimundo/2.paim(3).julio.2018.242-259

Apéndice A: Caracterización de las entrevistas

* Código: código asignado a la entrevista según tipo de profesión (A: Anestesiología; N: Neonatología; G: Ginecología; P: Partería).

** Año de egreso: refiere a los años de egresado del profesional al momento de la entrevista.

*** Público/Privado: refiere a la cantidad de instituciones públicas o privadas en las que trabaja el profesional entrevistado, al momento de la entrevista.

Código (*)	Sexo	Edad	Años de egreso**	Público***	Privado***
A01	Mujer	53	15	2	3
A02	Varón	51	23	1	6
A03	Varón	50	13	0	2
A04	Varón	39	6	1	4
A05	Mujer	35	1	2	1
A06	Mujer	39	8	1	3
A07	Mujer	45	6	1	3
A08	Mujer	35	2	2	2
A09	Varón	36	2	2	2
N01	Mujer	47	7	1	2
N02	Mujer	37	4	1	2
N03	Mujer	39	2	2	1

N04	Varón	45	3	1	2
N05	Varón	53	16	2	1
N06	Varón	60	28	1	4
N07	Varón	61	25	1	1
G01	Mujer	37	6	1	4
G02	Mujer	44	13	0	1
G03	Mujer	35	10	1	1
G04	Varón	48	15	1	4
G05	Varón	42	11	1	2
G06	Varón	58	25	2	4
G07	Mujer	39	4	1	1
G08	Mujer	30	0	1	1
G09	Mujer	43	12	0	2
G10	Varón	61	32	0	2
P01	Mujer	42	19	1	1
P02	Mujer	30	7	1	3
P03	Mujer	37	13	1	1
P04	Mujer	31	7	0	1
P05	Mujer	29	4	1	1

P06	Mujer	56	32	1	0
P07	Mujer	37	6	1	1
P08	Mujer	44	18	1	1
P09	Mujer	42	21	1	0
P10	Mujer	35	4	1	2
P11	Mujer	36	9	1	0