



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Producción teórica - Monografía

Modelos de atención obstétrica. Una mirada desde la psicología de la salud reproductiva

Autora: María Caeiro Acuña

CI: 4.804.555-7

Docente Tutora: Prof. Adj. Dra. Maria Carolina Farías

Docente Revisora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Montevideo, Uruguay

Abril, 2025

Agradecimientos

A papá y mamá, por acompañarme en la carrera y en la vida. Me siento afortunada por tenerlos a mi lado.

A mis hermanas mayores Rocío, Macarena y Emiliana, por abrirse camino en la vida y sin darse cuenta, abrírmelo a mi también. Gracias Ro y Maca, por mostrarme diferentes formas de parir y hacerme partícipe de sus vivencias, ser tía es uno de los regalos más lindos que me dieron y sin dudas marcó mi interés por esta temática. Gracias Emi por tu sencillez, por haber sido mi compañera siempre y con un mensaje hacer que la distancia se vuelva más corta.

A Nati, por ser la hermana que elegí, una amiga incondicional.

A Lorena, por acompañarme a crecer con escucha y cariño.

A mi amor, Martín, por caminar juntos todos estos años e impulsarme a lograr mis sueños.

Resumen

Este trabajo aborda la temática de los modelos de atención obstétrica para los nacimientos hospitalarios, los nacimientos domiciliarios planificados y las casas de nacimiento.

Tiene como objetivo explorar los diferentes modelos y las implicancias para las personas usuarias de los servicios de salud, así como también las relaciones de poder implícitas en el modelo de atención hospitalocéntrico actual. Tomando aportes desde la antropología, con una perspectiva de género.

Se plantean procesos clave como la medicalización de las sociedades, la patologización de los embarazos y el avance de la medicina por sobre la partería que dieron origen al modelo tecnocrático, imperante en la atención de los embarazos y partos en la mayoría de las sociedades occidentales. Asimismo, se presentará el modelo humanista que pretende contrarrestar los efectos del modelo tecnocrático en la asistencia hospitalaria, para luego enfocarnos en la asistencia a los partos fuera del hospital.

Se planteará como los partos domiciliarios planificados y las casas de parto, situándose en el terreno de lo político, buscan transformar las lógicas asistenciales hospitalocéntricas, devolviendo protagonismo a la profesión de la partería y situando a la mujer en el centro. Asimismo, se trabajará sobre las motivaciones para la elección de un parto domiciliario y las problemáticas que se pueden suscitar cuando es necesario realizar un traslado.

Por último, se analizarán las casas de parto como establecimientos de buenas prácticas de atención y su capacidad para mejorar el sistema de salud.

PALABRAS CLAVES: modelos de atención obstétrica, nacimientos hospitalarios, partos domiciliarios planificados, casas de parto, psicología

Tabla de contenido

Agradecimientos	2
Resumen	3
Introducción	5
Capítulo 1. Nacimiento institucional	8
1.1 Modelo tecnocrático	10
1.2 Humanización del nacimiento	13
Capítulo 2. Partos domiciliarios planificados	17
2.1 Motivaciones para la elección de un PDP	20
2.2 Traslados: interacción entre dos sistemas	22
Capítulo 3. Casas de parto	24
3.1 Calidad de la asistencia	26
Reflexiones finales	28
Referencias	33

Introducción

La presente monografía, en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, se propone revisar y analizar, la bibliografía existente con respecto a los modelos de atención obstétrica para los nacimientos institucionales, los nacimientos domiciliarios planificados y las casas de nacimiento.

En Uruguay, a partir del año 2012, con la publicación del Documento Técnico de Maternidades, se recomiendan únicamente los partos institucionales en hospitales que cuenten con block quirúrgico (MSP, 2012). Esta decisión no es inocua, puesto que marca una concepción de los nacimientos como procesos patológicos, posicionando a la medicina y a los sistemas hospitalocéntricos como único medio para garantizar la vida del feto, dejando a la mujer con pocas posibilidades de decidir sobre el lugar de la atención y las personas que en él participarán, entre ellos qué tipo de profesionales asisten el nacimiento. Asimismo, es una decisión antagónica con los avances científicos internacionales basados en evidencia. Estas evidencias tienden a fomentar la libre elección de las mujeres sobre el lugar donde se llevará a cabo el parto, priorizando las casas de nacimiento y los partos domiciliarios planificados para embarazos y partos de bajo riesgo, con el fin de evitar intervenciones innecesarias (Birthplace in England, 2011).

El National Institute of Health and Care Excellence (NICE) de Reino Unido es considerado un referente en la elaboración de guías de práctica clínica basada en evidencia (Ortega et al., 2017). En relación a la guía de atención al parto de bajo riesgo revisada en enero del 2025, recomienda informar a las mujeres que el embarazo de bajo riesgo suele asociarse con partos seguros tanto para la madre como para el bebé y que la mujer puede elegir donde parir: en su domicilio, en unidades de parto atendidas por matronas o unidades hospitalarias, existiendo menos riesgo de intervención en domicilio y casas de parto (NICE, 2025).

A pesar de que en nuestro país se han dado varios avances hacia la humanización de los nacimientos y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, las políticas públicas relacionadas con la atención obstétrica siguen centradas principalmente en los hospitales, tal como se expresa en el Manual para la atención a la mujer en proceso de embarazo, parto y puerperio del Ministerio de Salud Pública (MPS) (2018) donde se promueve el nacimiento institucional y humanizado en locales habilitados.

En este planteo, los partos domiciliarios planificados han quedado en un lugar ambiguo entre la recomendación y la prohibición, ya que no están prohibidos, pero se insta a las mujeres a atender sus partos en hospitales.

Por otra parte, las casas de nacimiento o casas de partos, son centros pertenecientes al primer nivel de atención en salud donde partos y embarazos de bajo riesgo son atendidos por parteras, contando con todos los medios necesarios para considerar realizar un traslado a un hospital especializado en caso de ser necesario. Están presentes en varios países, como Países Bajos, España, Italia, Reino Unido y Brasil (Magnone, 2017). Dadas las actuales disposiciones de la atención al nacimiento en nuestro país, no es posible tener casas de parto ya que la condición de contar con quirófano, lo aleja de una atención en el primer nivel.

Se considera de relevancia esta temática para el ámbito de la psicología en general y de la psicología de la salud en particular ya que ésta vela por la promoción de la salud y prevención de enfermedades tanto físicas como mentales. Atendiendo también, a la forma en que los diferentes determinantes sociales influyen en los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones y no son únicamente determinados por la biología (Vázquez, 2008).

En este sentido, analizar esta problemática desde una perspectiva de género se torna esencial, puesto que:

desde el nacimiento de la medicina moderna hasta nuestros días (...) las mujeres han sido pensadas como objetos, no como sujetos, y que el poder médico se ha adjudicado progresivamente el derecho de establecer quiénes son las mujeres y cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas. (Camacaro, 2009 p. 150)

Partiendo de la base de que es deber del Estado garantizar el goce de los derechos sexuales y reproductivos (Ley N° 18426, art. 1), es de relevancia analizar desde qué lugar se toman decisiones que afectan en mayor o menor medida a toda la población uruguaya, pero en particular a las personas gestantes.

Para abordar esta temática, la presente monografía se dividirá en tres capítulos. En el primero se analizarán los partos institucionales, realizando una historización sobre el recorrido de la atención a los nacimientos en la mayoría de las sociedades occidentales, analizando procesos claves como el avance de la medicina por sobre la partería, la medicalización de las sociedades, y como todo esto contribuyó a que se desarrollara un

paradigma tecnocrático en la atención al parto. Luego, se analizarán las implicancias que este modelo tecnocrático ha tenido y tiene en la forma de atención. Al finalizar este capítulo, se abordará el modelo humanista, que surgió para contrarrestar los efectos del modelo tecnocrático en las personas usuarias de los servicios de salud, abordando las directrices a nivel internacional y nacional sobre humanización de los partos.

En el segundo capítulo, se abordará la temática de los partos domiciliarios planificados (PDP), presentando estadísticas de los países donde este modelo de atención se encuentra más desarrollado e impulsado por los estados y dando cuenta de cómo este apoyo es un factor de influencia en el desarrollo de este modelo. Asimismo se abordarán las motivaciones que llevan a la elección de un PDP y las problemáticas que surgen cuando es necesario realizar un traslado a un centro de salud.

En el tercer capítulo se presentarán las casas de nacimiento como un modelo intermedio entre los PDP y los nacimientos hospitalarios, donde se prioriza la fisiología, respetando los tiempos de cada persona para parir, en un entorno agradable y acogedor, liderado por parteras quienes tienen formación para atender partos normales, conocimiento de fisiología y técnicas de alivio no farmacológico del dolor, así como también conocimiento suficiente para poder identificar indicadores de posibles patologías en todo el trabajo de parto. Es en estos momentos donde se puede optar por un traslado a un centro de salud de referencia más especializado. De esta forma, las casas de parto aparecen como una opción en la que se pueden respetar los tiempos, la fisiología así como también la autonomía de cada persona para poder decidir cómo quiere transitar el momento de parto, pero sin renunciar a todos los avances y tecnología científica en el caso de ser necesario.

Capítulo 1. Nacimiento institucional

El proceso de nacimiento ha ido cambiando a lo largo de la historia. Estos cambios reflejan cómo la urbanización y la tecnología influyen en las formas de nacer así como también la forma en que las sociedades se han relacionado con la sexualidad, la vida y la muerte a lo largo de los siglos (Hutter, 2010).

En la antigüedad y la edad media, era normal que los partos se atendieran en domicilios por mujeres y era considerado obsceno que un hombre ingresara a observar. A pesar de esto, los primeros libros y manuales obstétricos fueron escritos por hombres que nunca habían presenciado uno, con información obsoleta para la época y nula validez científica, comenzando poco a poco a socavar el espacio de las mujeres que atendían los nacimientos hacia fines del S. XVI (Hutter, 2010).

El desplazamiento de las parteras (mujeres) por parte de los médicos (varones), comenzó mucho antes de que existiera la ciencia médica moderna. Para Bárbara Ehrenreich y Deirdre English (1981) la caza de brujas, proceso por el cual se persiguió, torturó y asesinó a mujeres sanadoras acusadas de brujería, dio comienzo a este desplazamiento. Para las autoras, fue en la inquisición donde comenzaron las primeras acciones organizadas de instituciones masculinas y misóginas para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina. La caza de brujas no eliminó por completo a la partería ni a las parteras, pero las marcó para siempre con un “estigma de charlatanas y posible perversidad” (p.19).

Hacia el 1600, la invención del fórceps, dotó a los hombres de instrumentos para la atención de los partos que las parteras no tenían y no se les era permitido utilizar, siendo la puerta de entrada para muchos otros instrumentos de parto posteriores. De esta forma se dio inicio a las intervenciones médicas en los nacimientos (Ehrenreich y English, 1981; Hutter, 2010).

Luego de la llegada de estos instrumentos, el parto comenzó a ser un asunto médico y los varones ganaron terreno en esta práctica. El parto pasó de ser un evento íntimo, situado en el seno del hogar, a ser atendido en hospitales, donde se comenzó a utilizar la camilla y la posición horizontal para mayor comodidad del médico (Hutter, 2010).

Michel Foucault (1998) analiza el cambio en las relaciones de poder que se propicia a partir del siglo XVII. “El viejo derecho de hacer morir o dejar vivir fue reemplazado por el poder de hacer vivir o de rechazar hacia la muerte.” (p. 83)

Este nuevo poder sobre la vida se desarrolló en dos formas principales. El primero centrado en el cuerpo como máquina, designado como anatomopolítica del cuerpo humano. Este poder se centró en el disciplinamiento de las sociedades, en su educación, el aumento de sus aptitudes, el arrancamiento de sus fuerzas, su docilidad. El segundo, propiciado hacia mediados del siglo XVIII, se centró en el cuerpo como especie, configurando una biopolítica de la población en la cual todos los procesos biológicos tales como los nacimientos, la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida comienzan a ser controlados y regulados (Foucault, 1998). La maternidad se constituyó en un dominio por excelencia de la biopolítica, quedando situada entre la disciplina del cuerpo y la regulación de la población (Foucault, 1976 en Fornes, 2011 p. 136).

La institucionalización del parto se produce como contrapartida de la creciente medicalización de las sociedades, proceso mediante el cual los parámetros y valores de la medicina se expanden y comienzan a intervenir en espacios donde anteriormente no lo hacían, tales como la concepción, el embarazo y el parto. El poder de la medicina de curar, desde el monopolio del saber, exigía como contrapartida obediencia y sometimiento por parte de los pacientes, sometimiento que en el caso de las mujeres fue más allá, dejándolas en un lugar de debilidad a merced de los procedimientos médicos (Barrán, 1993).

Hacia mediados del siglo XX en Uruguay hubo grandes avances científicos que provocaron un cambio en la forma de asistencia:

Se descubrió la función de la hormona oxitocina en el comienzo del trabajo de parto, se comprobó que la actividad uterina estaba asociada al grado de oxigenación del feto y se inventó el Monitor Electrónico Fetal. (Magnone, 2020, p. 458)

Esta forma de asistir al parto, comenzó a ubicar al cuerpo mujer en un lugar diferente al que solía estar, ya no en un lugar de debilidad, sino de peligrosidad. Natalia Magnone (2020), en su estudio sobre los avances en investigación del Servicio de Fisiología Obstétrica de la Facultad de Medicina de la época, demuestra que el cuerpo femenino aparece en un lugar peligroso para el feto, siendo meramente necesaria la intervención médica para garantizar la vida del mismo. De esta forma, “en un doble movimiento, el cuerpo femenino fue concebido en tanto capaz de producir daño al feto y la ciencia obstétrica la entidad legitimada para prevenirlo” (p. 477)

El énfasis puesto en la prevención del daño fetal, así como también la inclusión de nuevas tecnologías en todos los partos, ayudó a que se instale un modelo de atención basado en la tecnología (Magnone, 2020).

Robbie Davis Floyd (2001) distingue tres modelos de atención presentes en la medicina occidental y en la atención institucional del nacimiento: el modelo tecnocrático, el humanista y el holista. Estos tres modelos difieren en su concepción de cuerpo y su relación con la mente y así en los enfoques de atención médica que proponen:

El modelo tecnocrático enfatiza en la separación de la mente y el cuerpo y ve el cuerpo como una máquina; el modelo humanista enfatiza en la conexión de la mente y el cuerpo y define al cuerpo como un organismo; el modelo holístico insiste en la unidad del cuerpo, la mente y el espíritu y define al cuerpo como un campo de energía en constante interacción con otros campos de energía. (p. 6)

La antropóloga sugiere además, que la combinación de elementos de los tres paradigmas por parte de los profesionales, dará como resultado la oportunidad de crear “el sistema obstétrico más efectivo jamás visto” (p. 21), sin embargo, se ha desarrollado de manera hegemónica el modelo tecnocrático.

Con anterioridad, Natalia Magnone (2010) en su tesis de Maestría, concluyó que en la atención obstétrica en el sistema de salud de Montevideo, predomina un modelo tecnocrático de asistencia, con un incipiente modelo humanista y enfatiza en la necesidad de continuar trabajando con miras a mejorar la forma de atención, con un enfoque que garantice el respeto a los derechos humanos de los usuarios

1.1 Modelo tecnocrático

El modelo tecnocrático se fue desarrollando a medida que avanzaba la medicina moderna. Los ideales de la industrialización fueron permeando las concepciones médicas y sociales sobre los procesos de embarazo y parto, desembocando en un modelo tecnocrático de atención (Vallana, 2020). Descrito y analizado por Robbie Davis Floyd (2001) este modelo tiene como característica principal la separación cuerpo-mente y la concepción del cuerpo como máquina. Esta concepción hace una distinción de género puesto que el cuerpo del hombre es visto como la máquina perfecta y el de la mujer como una copia inherentemente

imperfecta y por lo tanto plausible de ser intervenida. “Esta metáfora sentó las bases filosóficas de la obstetricia moderna” (p. 6).

Continuando con la caracterización de este modelo, se concibe al cuerpo como un objeto y por lo tanto deja de importar la opinión o los sentimientos de los pacientes. Se estandarizan los protocolos, donde todas las mujeres reciben el mismo tratamiento al ingresar al hospital en el trabajo de parto. Al concebir al cuerpo como máquina, los cuidados se proporcionan de afuera hacia adentro, realizando muchas veces intervenciones innecesarias. Este proceso se da en un ambiente altamente jerarquizado (el hospital), donde los pacientes son subordinados al último escalón de la jerarquía (Davis Floyd, 2001).

El modelo tecnocrático se desarrolla con lógicas neoliberales, donde las intervenciones buscan ser costo-efectivas, lo cual muchas veces implica el no respeto a los tiempos fisiológicos del parto (Davis Floyd, 2001). En este sentido, Inés Lázzaro (2024) analiza cómo algunos de los principios y lógicas que rigen la forma de producción capitalista, se encuentran presentes en la atención al parto hospitalaria, desde la creación de la asistencia como mercancía fuerza/capacidad de trabajo que venden los médicos y sobre todo en la lógica espacio temporal que se asume en el proceso mediante la regulación, el control, el monitoreo y la aceleración constante.

Paradójicamente, en este modelo se da una sobre valoración de las intervenciones tecnológicas a pesar de los avances científicos que indican la iatrogenia de las sobre intervenciones. En este sentido, se concibe la autoridad y la responsabilidad como inherente al personal médico, no al paciente, de esta forma, el paciente deja de tener responsabilidad sobre su propia salud y el médico queda expuesto a posibles demandas. Por último, este paradigma, erigiéndose como hegemónico, es reticente a la inclusión de otras formas de tratamiento e intervención (Davis Floyd, 2001).

Robbie Davis Floyd y Gloria St. John (2004) advierten de la fuerte influencia de la formación profesional en la perpetuación de este modelo de atención:

El modelo tecnomédico es continuamente renovado y revitalizado toda vez que es enseñado a las nuevas generaciones (...) entonces las profundas conexiones entre la tecnomedicina y la sociedad tecnocrática son realimentadas a través del rito de pasaje del entrenamiento médico. (p.62)

Roberto Castro (2010) continúa trabajando en esta línea y apunta a que:

Estamos frente a un aparato, el de la educación médica que funciona eficientemente en transformar la identidad y las predisposiciones de los que ingresan por primera vez en él, y que logra, al cabo de unos años (...) convertirlos en agentes, actores, representantes y portavoces de la profesión médica. (p. 68)

En tanto, trabajos más actuales continúan indagando en esta línea y proponen que la formación de los profesionales puede tener un papel fundamental para prevenir y erradicar la violencia obstétrica y por tanto es necesario un cambio en la pedagogía por un modo de enseñanza que promueva la empatía como valor fundamental para ejercer la obstetricia (Santillán, 2021). Natalia Magnone (2017) va un poco más allá y propone un cambio en la currícula que incluya la integración de las temáticas de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, género y humanización de la asistencia de forma transversal en la formación de partería y ginecología.

En el contexto tecnocrático antes explicado, solo tiene cabida el parto institucional en hospitales (Magnone, 2010). Priscila Badillo (2018) al realizar un análisis sobre la atención a los nacimientos en contexto hospitalario, indica que:

La misma se centra en aspectos fisiológicos y patológicos, transformándola de un evento natural a uno de intervención humana (...) Esto se hace implementando prácticas como la episiotomía, cesáreas innecesarias sin indicación absoluta, y posición horizontal en todo el trabajo de parto de bajo riesgo, sin darle opción a la madre de elegir. En este contexto, la mayoría de los partos son estimulados o inducidos. (p. 250)

Las principales críticas a este modelo de atención tienen que ver por un lado, con que el embarazo no es un evento patológico como postula el modelo hegemónico, sino existencial y social, vinculado a la sexualidad de la mujer y a la vida de la familia. Por otro lado, se critica la forma en que la medicina en los partos hospitalarios introduce una serie de procedimientos no naturales de forma rutinaria a todas las personas gestantes, alejando tanto a la madre como al bebé de su supuesta naturaleza (Tornquist, 2002).

Valeria Vallana (2020) analiza cómo este modelo “deshumaniza” la atención y ejemplifica que esta deshumanización puede suceder por dos vías: “negando o reprimiendo su capacidad de experimentar sensaciones humanas como dolor, placer, alegría, desesperación, impotencia (...) o puede estar ligada a la negación de la agencia, como la

capacidad de un ser humano de decidir libremente, elegir y resistir” (Haque y Waytz, 2012 en Vallana, 2020 p. 101).

La crisis de este modelo puede tener que ver con que hoy en día “se valora cada vez más la autodeterminación y la independencia, lo que va en contravía con un modelo que espera la aceptación sin mayores resistencias” (Vallana, 2020 p.100).

Patricia Fernández Lorenzo e Ibone Olza (2020) teorizan sobre cómo la medicalización del embarazo es un contexto potencialmente ansiógeno para las personas gestantes:

El creciente uso de la tecnología en el contexto de la medicalización progresiva de la obstetricia implica cambios en la vivencia de la gestación que se pueden traducir en la desconfianza hacia el propio cuerpo y la capacidad de gestar saludablemente, sembrándose el terreno para la preocupación excesiva y el miedo o la ansiedad, lo que a su vez genera una mayor demanda de atención por parte de las profesionales. (p.184)

Estas autoras también dan cuenta de las expectativas sociales que se tienen hacia una mujer desde el momento en que sospecha de un embarazo.

“La necesidad de realizar un test de orina para corroborar, la pregunta casi inmediata sobre quien la atenderá en el embarazo, dan cuenta de cómo la medicalización ha permeado en la sociedad y es ésta quien exige ciertos cuidados y garantías a los profesionales médicos”. (p.185)

1.2 Humanización del nacimiento

Los movimientos por la humanización de los nacimientos surgen como contrapartida de la actual tecnificación y medicalización que ha alejado a la mujer de protagonizar la experiencia de parto, sobre todo en lo que refiere a los partos hospitalarios e institucionalizados (Fornes, 2010).

A partir de 1985 la OMS comienza a alertar sobre el grado de sobre-medicalización de los partos. Se recomienda poner el énfasis en el papel central de la mujer embarazada y la concepción del parto como un proceso natural y fisiológico, aunque no exento de sufrir

complicaciones. Se resalta que es allí, en esos momentos únicamente en donde las intervenciones médicas deberían ser indicadas cómo necesarias.

El concepto de humanización surge a partir de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en el 2000 en Ceará, Brasil. Allí se define como:

Un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, y también con otras personas en el futuro, así como con generaciones pasadas (OMS, 2000).

En esta conferencia se propuso la noción de humanización como un concepto central para el desarrollo de sociedades sustentables del siglo XXI, ya que la humanización puede aplicarse a cualquier aspecto del desempeño humano, tales como el parto y el nacimiento, la vejez, la salud y la enfermedad, el ambiente, la economía, la cultura, la pobreza (OMS, 2000).

En cuanto al parto y el nacimiento, entendiendo que estos son el punto de partida de nuestra vida, son procesos que afectarán al resto de la existencia humana, es por esto que se cree firmemente que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente (OMS, 2000).

En el movimiento por la humanización del parto coexisten diferentes soportes discursivos y también diferentes acciones consecuentes con estos (Fornes, 2010). Es por esto que el concepto de humanización del nacimiento resulta “complejo y polisémico” (Birrun y Goberna, 2013 p.65).

(...) Algunos hablan desde la cuestión natural, focalizando en lo instintivo, el amor maternal, otros desde la ciencia señalan las prácticas beneficiosas y perjudiciales en la atención del parto desde la evidencia clínica, el marco legal, los modelos alternativos y también (...) desde las ciencias sociales y la perspectiva de género (...) todos confluyen en considerar vital el proceso de parto-nacimiento dentro de la experiencia femenina y para un nacimiento saludable de su bebé. (Fornes, 2010, p.6)

Davis Floyd (2001) define al paradigma humanista como menos radical que el holístico pero más amoroso que el modelo tecnocrático, haciendo especial énfasis en la implicancia de las

emociones en los procesos de salud-enfermedad, así como también en la relación médico-paciente:

El humanismo en los nacimientos admite la posibilidad de que las emociones de las mujeres en trabajo de parto, pueden afectar el progreso del mismo, y que los problemas en el parto pueden ser tratados de manera más efectiva a través del apoyo emocional, que con intervenciones tecnológicas. (p.11)

José Almaguer et al. (2012) definen al modelo humanizado como aquel que:

Pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos del embarazo, parto y puerperio persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir (...) con intervenciones tecnomedicalizadas sólo en respuesta de riesgos o complicaciones. (p.45, 46)

Estos autores argumentan además, que el cuestionamiento que se hace no es a las personas, personal de salud directamente, sino al modelo de formación y de ejercicio que se enseña y practica en los servicios de salud:

(...) modelo que toma en cuenta sólo elementos técnico-biológicos sin considerar a las mujeres como sujetos de derecho en el momento del parto, realizando además de forma habitual una serie de intervenciones que han sido identificadas y cuestionadas por el modelo científico basado en evidencias como perjudiciales para la salud de las mujeres. (p.46)

Uruguay tiene un recorrido importante en lo que refiere a la legislación de los derechos sexuales y reproductivos. En lo contingente a la humanización del parto encontramos varias leyes.

- La ley de Acompañamiento durante el Parto y el Nacimiento (Ley N° 17386), fue pionera a nivel regional e internacional, garantizando el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante el trabajo de parto y nacimiento.
- La ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley N° 18426) definió el derecho a un 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 cuanto a la violencia obstétrica, es incluida en la ley de violencia hacia las mujeres basada en género (Ley N°19580) y es definida 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” (Art. 6 inc. h). Si bien esta ley no habla de humanización del nacimiento, sí pone a la medicalización y al abuso de técnicas como contrarias a una buena atención.

A pesar de los avances en legislación, tendientes a continuar con los lineamientos internacionales en cuanto a humanización de los nacimientos, las leyes en nuestro país no están exentas de dificultades en su aplicación. En palabras de Magnone (2017), existe una brecha “entre lo formal y lo sustantivo”, entre lo que dice la ley y lo que pueden garantizar las prestadoras de salud en cuanto a la humanización de los nacimientos y encuentra en la violencia simbólica, expresada en la relación médico-paciente, el principal obstáculo para que “los derechos sean hechos” (p.112).

Natalia Magnone y Carolina Farías (2022) establecen que a pesar de que la violencia obstétrica está definida legalmente, esta definición está hecha con premisas vagas, dejando conceptos sustanciales por fuera de la redacción tales como medicalización, patologización y deshumanización. Por otra parte, “la definición de violencia obstétrica no logra establecer cuáles son los actos constitutivos de la misma, ni cuáles son las consecuencias de incurrir en ella” lo cual limita las posibilidades de aplicabilidad de la ley, así como también su comprensión por parte del sistema de salud (p.76). Estas autoras enfatizan en la necesidad de dejar de ver a la violencia obstétrica “como meros problemas relacionales y entender que responde a la intersección de lógicas sociales que producen violencia basada en género y violencia institucional en salud” (p.77).

Capítulo 2. Partos domiciliarios planificados

Los partos domiciliarios planificados (PDP) en occidente fueron mermando como contrapartida de la creciente medicalización de la sociedad y la institucionalización de los partos. Randi Hutter Epstein (2010) advierte que para mediados del siglo XX, casi todas las mujeres embarazadas preferían un parto hospitalario por sobre un parto en casa, esto a pesar de la cantidad de muertes por infecciones intrahospitalarias contraídas en los partos en manos de doctores debido a una mala higiene (fiebre puerperal). Esto fue visto como una campaña exitosa por parte de los médicos, quienes se vieron beneficiados al ver concentrada su labor en una única institución.

Sin embargo, a pesar de la creciente generalización de los partos hospitalarios, la opción del parto domiciliario no desapareció como opción para algunas mujeres.

En países de América Latina con tradición indígena, afro o campesina, generalmente con dificultades en el acceso a los servicios de salud por cuestiones territoriales y culturales, se ha desarrollado la partería tradicional (Macías-Lara, 2024). En una declaración conjunta, la OMS, el UNFPA y UNICEF (1993) definen a la partera tradicional como “la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales” (p. 5).

Macías-Lara (2024) a partir de una revisión bibliográfica, concluye que el trabajo de la partería tradicional supone un gran aporte para la asistencia a los partos, sobre todo en comunidades donde el acceso a los servicios médicos es limitado, pero advierte además que ésta debe complementarse con los avances de la medicina moderna para garantizar mayor seguridad tanto a la madre como al bebé.

En distintas partes del mundo, el parto en casa no se elige únicamente por la falta de recursos materiales o profesionales, sino que muchas mujeres y sus familias lo consideran una opción válida y deseada, es así que se han desarrollado los PDP.

Como su nombre lo expresa, el PDP es una opción que requiere de una planificación y ciertos requisitos para ser llevado a cabo por parte de parteras formadas en las mismas universidades que los médicos y parteras que atienden partos en los hospitales. Se trabaja dentro de un paradigma basado en el concepto de salud y fisiología que recupera el rol

protagónico de la mujer y la familia en el trabajo de parto y parto y se articula con una institución hospitalaria en caso de ser necesario un traslado (Marcote, 2017).

Natalia Magnone (2013) en un estudio sobre modelos contemporáneos de asistencia al parto, realizó entrevistas con Nacer mejor, una asociación referente en Uruguay de parteras profesionales que asisten PDP desde 1997. Esta asociación basa su asistencia en un modelo holístico, trabajando para que cada mujer se reencuentre con su poder instintivo de parir y pueda conducirlo de manera activa, tomando decisiones sobre dónde, cómo y con qué compañía quiere transitarlo.

Según Davis Floyd (2001) El modelo holístico abarca una gran variedad de enfoques y prioriza que los individuos sean sujetos activos en su proceso. Los principios de este paradigma son la unidad mente-cuerpo-espíritu, la concepción del cuerpo como un campo de energías en continua relación con otros campos de energía, la concepción del diagnóstico y la cura desde adentro hacia afuera. Asimismo, se apunta a sanar a la persona por completo, en el contexto de su vida entera. Este modelo también apunta a la unidad entre el profesional y el paciente y prioriza el trabajo en red. A diferencia del modelo tecnocrático, la autoridad y responsabilidad son inherentes al usuario y la ciencia y la tecnología están al servicio del mismo. Se concibe a la muerte como parte del proceso vital.

El cuerpo en esta visión de los nacimientos cobra un nuevo sentido, no se trata de una máquina imperfecta como en el modelo tecnocrático, sino que se apunta a la confianza en el mismo y a “componer con el cuerpo”, es decir, tener una serie de opciones, de posiciones y lugares para que la mujer pueda en el momento del parto, elegir cómo se siente más cómoda (Magnone, 2013 p.88).

Dado que el modelo holístico concibe al cuerpo como un campo de energía en constante relación con otros campos de energía y prioriza la unidad entre el profesional y el paciente, “en esa composición de cuerpos muchas veces se produce una unidad nueva entre la mujer que pare y la partera o médico que la asiste” observándose resultados muy positivos en la atención durante el trabajo de parto y parto. (Magnone, 2013 p.88)

Valeria Fornes (2011) propone al PDP como una experiencia política contemporánea. Advierte que el proceso de desplazamiento y subordinación histórica comienza a subvertirse en este nuevo proceso de reapropiación del cuerpo y el ejercicio de la profesión por parte de las parteras. Explicita además que la serie de toma de decisiones y experiencias vividas,

exceden la apelación a lo natural y colocan la experiencia del PDP en el terreno de lo político.

Hoy en día, si bien la Organización Mundial de la Salud y diferentes documentos de consenso internacional recomiendan contemplar el PDP como una opción segura para los embarazos y partos con bajo riesgo, el porcentaje de familias que eligen esta opción sigue siendo bajo. Existe una variación entre países en los que esta prestación está incluida dentro del sistema de salud y los que no, siendo mayor el porcentaje de PDP en países donde está integrado al sistema de salud (Ortega et al., 2017).

En Países Bajos, los PDP configuraban al 2017 un 20% del total de partos. Estos están incluidos dentro del sistema de salud, así como también las casas de parto, además, no está recomendada la asistencia al parto hospitalaria para embarazos de bajo riesgo (Ortega et al. 2017).

En Inglaterra, el National Institute for Health and Care Excellence, desde el 2014 recomienda los PDP para embarazos de bajo riesgo, aunque advierte que el riesgo de un resultado adverso para el bebé se incrementa levemente en el domicilio para madres primerizas. En la revisión de la guía del año 2025 continúa esta recomendación (NICE, 2025). En este país los PDP son recomendados y cubiertos por el sistema de salud público (Olza, 2017). De todas formas, el porcentaje de estos ha ido disminuyendo con el tiempo. En el 2022, el porcentaje de partos que se llevaron a cabo en domicilio disminuyó con respecto al año anterior, del 2.5% a 1.9% (Office for National Statics, 2022).

En Uruguay, al igual que en varios países de la región, los PDP se llevan a cabo de forma particular (contrato particular), no estando incluídos cómo prestación dentro del sistema de salud. El Ministerio de Salud (2018) recomienda los partos institucionales, sin embargo, los partos en domicilio no están prohibidos expresamente y se encuentran amparados en el ejercicio liberal de la profesión de las obstetras parteras (MSP, 2007).

En las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas (2024) se contabilizan dentro de la misma variable los partos domiciliarios y los partos en la vía pública (aquellos que ocurren fuera de la institución pero sin planificación), por lo tanto se hace difícil tener un registro real de la cantidad de PDP en nuestro país.

Carolina Farías y Natalia Magnone (2021) a partir de una entrevista con la directora de Nacer Mejor, advierten que durante la pandemia por COVID-19 se registró un aumento de la

demanda de PDP en nuestro país. Esto se vio suscitado por un aumento en la vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes en las instituciones de salud, así como también un cambio en la percepción de la seguridad en el contexto de emergencia sanitaria. Estas vulneraciones permiten dar cuenta del “carácter de objeto que la sociedad le da cuerpo gestante y de la rapidez en que se pueden olvidar de las mujeres como protagonistas y sujetas de derechos” (p.83).

2.1 Motivaciones para la elección de un PDP

Son varias las motivaciones que están en juego a la hora de tomar la decisión de planificar un parto en el domicilio. Según Muniz da Costa et al. (2021) esta decisión resulta de un proceso de comparación y evaluación de varios aspectos. Estos aspectos están ligados a diferentes dimensiones tales como el ambiente, el miedo, la seguridad y el profesional que cuidaría de ellas.

Patrizia Quattrocchi (2022) menciona que en las personas que eligen una atención al parto bajo un modelo no medicalizado, tanto un PDP como en casas de nacimiento, se observa una concepción sobre la seguridad y el respeto que difiere de la concepción biomédica de las mismas. La concepción de seguridad es más amplia e incluye aspectos de la vida social, familiar e individual. Desde esta perspectiva se valora:

poder decidir libremente sobre cómo, dónde y con quién dar a luz; la conciencia de que las mujeres tienen el saber y el conocimiento para llevar a cabo esta experiencia, el hecho de ser respetada en los tiempos, deseos y en sus necesidades, además de ser atendida por personas de confianza y poder hacerse cargo del bebé de la manera deseada. (p.30)

Varios autores han trabajado sobre esta temática y han demostrado que a pesar de que el acceso a los partos domiciliarios planificados puede estar más o menos limitado, dependiendo de donde viva la persona, las razones para elegirlo suelen ser universales (Bernhard et al., 2014).

Bernhard et al. (2014) analizan las motivaciones de un grupo de veinte mujeres estadounidenses que optaron por un PDP luego de un primer parto hospitalario. A partir de este análisis concluyen que la insatisfacción con su parto hospitalario, influenció su decisión por un PDP. A partir de los grupos de discusión se pudieron identificar cinco emergentes.

- Decisiones y empoderamiento: las mujeres sintieron que con el PDP tuvieron opciones reales para poder elegir y esto las hizo sentir empoderadas para poder tomar una decisión.
- Intervenciones e interrupciones: las mujeres sintieron que hubo intervenciones innecesarias relacionadas con las dinámicas hospitalarias, así como también interrupciones que no les permitían descansar y conectar con sus recién nacidos.
- Falta de respeto y desafectación (por parte del sistema de salud): las participantes sintieron que en sus nacimientos hospitalarios, los médicos estaban más enfocados en el útero en trabajo de parto que en ellas mismas. A su vez, algunas fueron desafectadas del sistema de salud al contarles que optarían por un PDP para su segundo parto, muchas otras sintieron miedo a contarlo por temor a cómo sería tomado por el sistema de salud.
- Espacio para parir: estar en su propio hogar, rodeadas de personas elegidas, creó un ambiente de paz y tranquilidad.
- Conexión: las mujeres se sintieron conectadas con las parteras, su familia, el recién nacido y sus propios cuerpos en los PDP.

Floriano et al. (2023) analizan las motivaciones de las mujeres que optaron por un PDP y las percepciones de esa vivencia. Este análisis permitió comprender que las motivaciones para la elección de un PDP estuvieron relacionadas con el sentimiento de miedo a las prácticas obstétricas hospitalarias. La seguridad en el ambiente domiciliario, la garantía de autonomía y la posibilidad de la presencia de los hijos mayores o otros referentes afectivos durante el parto fueron tanto motivaciones como percepciones positivas de esta práctica. Al mismo tiempo, muchas parejas experimentaron resistencias por parte de la sociedad, por este motivo, muchas mantuvieron esta decisión en secreto.

Campos et al. (2023) continúan en esta línea y concluyen que la información de calidad es un factor fundamental a la hora de optar por un PDP. La búsqueda activa de información se revela como una consolidación de la toma de decisiones y autonomía de las mujeres, información buscada por sus propios medios y brindada por grupos de preparación para el nacimiento, oponiéndose al modelo obstétrico tecnocrático actual. Asimismo, los sentimientos de las mujeres que transitaban un PDP están relacionados tanto con la

seguridad, como con la felicidad y el empoderamiento en la toma de decisiones sobre sus propios cuerpos.

2.2 Traslados: interacción entre dos sistemas

Los posibles traslados a hospitales están contemplados dentro de la planificación de los partos domiciliarios. Estos traslados no siempre significan un fallo en la planificación o en la asistencia pero de todas maneras, “el discurso biomédico tiende a suponer que cualquier parto casero que termine en el hospital debe ser fallido, incluso si es el resultado de un traslado apropiado” (Floyd, 2018 p.162).

Para obtener una comparación real en la seguridad entre partos hospitalarios y PDP, sería necesario un sistema de salud integral que garantice la seguridad en los traslados puesto que estos forman parte de la propia planificación de los PDP (Bernhard et al., 2014).

Robbie Davis Floyd (2018) analiza el espectro de articulaciones que se pueden dar en los traslados de PDP a centros hospitalarios y describe como “la reproducción puede ir innecesariamente mal cuando los dominios del conocimiento entran en conflicto y predominan las estructuras de poder que aseguran que un solo tipo de conocimiento es válido” (p. 156).

El espectro de articulaciones puede ir desde desarticulaciones, donde no hay correspondencia de información o acción entre las parteras que asisten los partos domiciliarios y el personal del hospital; articulaciones fracturadas de los sistemas de conocimiento biomédico y de la partería que resultan de correspondencias parciales o incompletas; hasta articulaciones fluidas o perfectas que resultan de un ajuste mutuo entre partería y personal hospitalario (Floyd, 2018).

Las brechas en este relacionamiento provienen, según Floyd (2018), “del predominio de la biomedicina, un sistema jerárquico que ha buscado, en general, no articularse con la partería domiciliaria sino más bien eliminarla por medio de descartar sus prácticas y bases de conocimiento” (p.157). La biomedicina occidental consolidó su hegemonía cultural al erigirse como autoridad inscrita en las dinámicas del biopoder. Esta forma de poder se manifiesta, entre otros aspectos, en la biomedicalización de los procesos corporales como

los partos, así como también el establecimiento y control de cómo y dónde deben ocurrir (Foucault, en Floyd, 2018).

En este sentido, cuando los comportamientos de las mujeres no reproducen los estándares de cuidado del sistema de salud, son juzgados y convertidos en potencialmente riesgosos, tanto para ellas mismas como para sus hijos en gestación. Lo antes expuesto repercute en el ejercicio de diversas formas de violencia obstétrica, que puede ser expresada a través de violencia física, psicológica, verbal, simbólica e institucional (Vallana, 2020)

Pereira et al. (2020) describen las experiencias de mujeres que planearon un PDP y fueron trasladadas a hospitales por diversos motivos, algunos relacionados con el progreso en el trabajo de parto, vinculado a factores de riesgo detectado por las parteras y otras por decisión propia, por necesidad de analgesia. En todos los traslados hospitalarios analizados se visualiza violencia obstétrica expresada de diferentes formas, desde demoras en los tratamientos, hasta violencia verbal directa por parte de los equipos de salud hospitalarios, castigando o culpabilizando a las madres por su elección.

Tanto las desarticulaciones, como las articulaciones fracturadas de las que habla Floyd (2018), pueden ser leídas como producto de violencia obstétrica. Patrizia Quattrocchi (2020) al describir algunos núcleos compartidos en cuanto a violencia obstétrica postula que la misma es violencia institucional puesto que esta se ejerce por medio del abuso de poder por parte de las instituciones de salud o de sus representantes a través de normas explícitas por ejemplo la aplicación de ciertos protocolos o normas implícitas y costumbres que refuerzan los mecanismos establecidos de dominación. En el ejercicio de la misma influyen diferentes factores como “la dimensión médico-obstétrica, política, económica, social, cultural, logístico-organizativa así como también la interpretación colectiva que una sociedad construye con respecto a la reproducción y la maternidad” (p.197).

Frente a este sistema formalizado de biopoder, durante el traslado al hospital las parteras deben tratar de comunicar lo que saben con el interés de garantizar el cuidado por el cual decidieron el traslado. Es así que al ingresar al hospital ellas extienden al sistema médico lo que Davis Floyd (2018) denominó como “dedos de articulación” en un esfuerzo por generar una “interfaz productiva” (p.159).

Capítulo 3. Casas de parto

Las casas de parto son lugares pertenecientes al primer nivel de atención en salud donde se atienden partos de bajo riesgo. Se trata de unidades dirigidas por parteras (López y Jiménez, 2009). La OMS (1996) recomienda que la profesional designada para la atención de los partos de bajo riesgo debería ser la partera y los ginecólogos deberían estar designados para el trabajo con embarazos y partos de riesgo.

El parto normal se define como aquel que se presenta con:

Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del trabajo de parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (p.7)

Las casas de nacimiento surgen como una estrategia para transformar el modelo médico hegemónico de asistencia al parto, como un modelo alternativo a la creciente institucionalización y medicalización del mismo. Es un modelo de atención que pone a la mujer en el centro y busca el empoderamiento en la toma de decisiones respecto a sus cuerpos y sus derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, busca volver a posicionar a la profesión de la partería en un lugar central para la atención de los nacimientos de bajo riesgo. Es así que las casas de parto se circunscriben en un modelo de género transformativo (Etcheverry, 2020).

La creación de la casa de parto David Capistrano Filho ubicada en Río de Janeiro, Brasil, es un ejemplo de proyecto contra-hegemónico en la asistencia al parto del sistema de salud brasileño que influyó en las políticas de salud: En un país donde la asistencia al parto es altamente medicalizada e institucionalizada, la casa de parto, promovió modificaciones en las rutinas asistenciales y en la jerarquización de la atención obstétrica (de Figueredo et al. 2012)

Estos establecimientos, arquitectónicamente se asemejan a un hogar, con luces tenues, un ambiente relajado, cómodo y amigable, algunas cuentan con bañeras y otros insumos para ser utilizados y propiciar un parto fisiológico. Basan su práctica en una filosofía del parto y nacimiento sin intervenciones. De todas formas deben estar preparados para atender a cualquier eventualidad en el transcurso del trabajo de parto y parto, es por esto que estos centros cuentan con un protocolo de parto normal que está pensado para funcionar de

forma coordinada con el hospital de referencia y los servicios de ambulancias promoviendo así un trabajo en conjunto (Etcheverry, 2020).

El informe Birthplace in England (2011) distingue que las casas de parto pueden ser:

- Intra-hospitalarias: estas unidades se encuentran dentro del hospital o en el mismo predio, son dirigidas por parteras y tienen acceso a ginecólogos, neonatólogos o anestesistas en el mismo lugar, aunque es posible que deba realizarse un traslado.
- Extra-hospitalarias: estas unidades se encuentran fuera del hospital, también son dirigidas por parteras y en el caso de ser necesario un traslado, este se realiza en un auto o ambulancia.

Graciela Etcheverry (2020) al analizar tres centros de nacimiento ubicados en Londres, Génova y Barcelona concluye que la atención brindada se basa en un modelo bio-psico-social, enfocado en la familia.

En una revisión de la literatura sobre la asistencia de las casas de parto en Brasil, se concluye asimismo, que estas basan su atención en un modelo bio-psico-social, atendiendo a las necesidades de las personas gestantes, sus bebés y sus familias. Por esto disponen de una estructura física, organizacional, asistencial y filosófica que impactan positivamente en la calidad de la atención obstétrica y neonatal del país (Aguar et al. 2025).

Patricia Fernández Lorenzo e Ibone Olza (2020) teorizan que el embarazo, parto y maternidad son momentos trascendentales en la vida de una mujer y su familia. Es por este motivo que se torna esencial considerarlos desde una perspectiva bio-psico-social, ubicando a la díada madre-bebé en el centro ya que “como seres culturales que somos, resulta imposible separar lo universal y común de lo particular o específico” (p.18).

El modelo bio-psico-social en salud se contrapone al modelo biomédico, con una visión más abarcativa de la salud y la enfermedad, contemplando al individuo en su totalidad y su contexto. Acuña esta visión impacta directamente en la práctica clínica y en la forma en que se acompaña a las mujeres:

(...) se prioriza la labor preventiva y se informa y acompaña implicando a la gestante en cada decisión y devolviéndole la responsabilidad para con su salud y su cuidado. El enfoque es interdisciplinar (...) las herramientas claves pasan a ser la observación y la entrevista clínica, se invita a la usuaria a pensarse y a observarse (...) se busca consenso en las intervenciones y se ejerce una

práctica más horizontal que considera el poder y la responsabilidad de cada una de las partes. (Fernández Lorenzo y Olza, 2020, p.38)

3.1 Calidad de la asistencia

La creación de casas de nacimiento es una necesidad fundamental para proporcionar la mejor atención posible a las mujeres de bajo riesgo durante el parto. Su inclusión en el sistema público podría mejorar la gestión de los servicios. La creación de estas unidades es imprescindible y es respaldada por evidencia científica, así como el reconocimiento de la autonomía profesional de las parteras, quienes son las más capacitadas para atender partos de bajo riesgo (Angulo-González et al. 2019)

Álvarez et al. (2024) en un análisis sistemático de la bibliografía sobre el impacto de las casas de nacimiento en la salud materna y neonatal en embarazos de bajo riesgo, concluyen que las casas de nacimiento son un modelo de atención seguro para mujeres y neonatos en comparación a los hospitales. Estos centros se asocian a una menor tasa de intervenciones como el uso de oxitocina, analgesia farmacológica, episiotomías, parto vaginal asistido y cesáreas. Asimismo, las casas de parto se asocian a una mayor tasa de partos vaginales espontáneos, lactancia materna duradera así como también a una mayor satisfacción materna. Las tasas de transferencias (traslados hacia los hospitales de referencia), en la mayoría de los casos no responden a situaciones de emergencia. Todos estos datos respaldan que las casas de nacimiento son un modelo seguro de atención cuando se asocian a un sistema de salud capaz de proporcionar atención de alto nivel.

En un análisis sobre la calidad de la atención recibida en una casa de nacimientos a futuros padres en España, se encuentra que hay un consenso de todas las parejas analizadas en valorar como muy positiva la experiencia de atención en la casa de parto desde la primera consulta. Las parejas resaltan la importancia que tiene atender desde el inicio del embarazo a las necesidades de la familia, con grupos de preparación para los nacimientos y charlas informativas que apuntan al empoderamiento de la persona gestante y su acompañante para facilitar el posterior desarrollo del recién nacido con vínculos y espacios seguros para que se críe de forma saludable (Campo, 2016).

Una investigación sobre la autonomía de las mujeres en el parto normal, atendidas por enfermeras obstétricas en la Casa de Parto David Capristano Filho en Río de Janeiro, concluye que:

Las enfermeras establecen prácticas de cuidado humanizado en las casas de parto que consideran la ciudadanía de las mujeres, lo que permite calificar la atención al nacimiento como una experiencia humana digna y placentera. Este hecho indica que las Casas de Parto pueden hacer contribuciones significativas a las acciones de mejora y humanización de la atención obstétrica en el sistema de salud brasileño. (de Figueredo y Domingos, 2011 p. 476)

Este estudio destaca además el rol fundamental que tienen las acciones educativas y de orientación durante el acompañamiento prenatal para propiciar el ejercicio de la autonomía de las usuarias debido a que esto facilita que accedan a información de calidad para poder tomar decisiones informadas con respecto a su embarazo y parto. Estas actitudes se mantuvieron durante todo el embarazo y parto, incluso en situaciones en las que fue necesario modificar decisiones previamente tomadas (de Figueredo y Domingos, 2011)

Gonçalves et al. (2011) proponen que el modelo de asistencia implementado en las casas de parto tiene el potencial de promover el cuidado centrado en las necesidades de la parturienta. Este cuidado no está relacionado únicamente con las rutinas y la estructura física del local, si no también con una postura profesional comprometida con una forma de cuidar sensible y competente.

Reflexiones finales

Podemos concluir que varios procesos históricos como la medicalización de las sociedades, la patologización de los eventos reproductivos, la progresiva apropiación de los embarazos y partos por parte de la medicina, así como también la evolución de las sociedades hacia un modelo económico capitalista, ha influido en el establecimiento de un modelo de atención tecnocrático y hospitalocéntrico en la asistencia a los partos en la mayoría de las sociedades occidentales. Un modelo que tiene dificultades en contemplar las necesidades emocionales de las usuarias y sus familias, priorizando las intervenciones tecnológicas y obviando los avances de la ciencia basada en evidencia, con un enfoque de riesgos y ejercicio de la medicina preventiva. El modelo tecnocrático deshumaniza la atención, quitando a las personas gestantes la capacidad de decidir sobre sus propios cuerpos y las intervenciones que en él se realizarán, así como también los profesionales que llevarán adelante su parto (Barrán, 1993; Ehrenreich y English, 1981; Floyd, 2001; Hutter, 2010; Haque y Waytz, 2012 en Vallana, 2020)

Este modelo es continuamente reeditado toda vez que es enseñado, a las nuevas generaciones de profesionales de la salud. Es por esto que los programas de enseñanza de la formación de partería y la especialización en Ginecología (en Uruguay, ambas formaciones brindadas por la Facultad de Medicina) cobran un rol preponderante en la perpetuación o no de este modelo de atención (Floyd y St. John 2004; Castro, 2010; Magnone, 2017).

Las formas de nacer han ido cambiando a lo largo de la historia y tienen que ver con profundos procesos sociales que determinan la forma en que nos relacionamos con la sexualidad, la vida y la muerte. Es por este motivo que hoy en día los supuestos del modelo tecnocrático están siendo cuestionados. En una sociedad donde cada vez se prioriza más la libertad de elección y la autodeterminación, este modelo comienza a quedar obsoleto, puesto que espera la aceptación de los usuarios sin resistencias (Hutter, 2010; Vallana, 2020)

El parto humanizado aparece como respuesta a los grandes abusos de la tecnomedicina en los nacimientos. Es a partir del año 2000 que el término humanización de los nacimientos comienza a ser utilizado y es visto como fundamental para el desarrollo de sociedades más equitativas y sostenibles a futuro. Se trata de hacer más humana la vivencia de parto en las instituciones de salud, entendiendo que las emociones durante el trabajo de parto y parto tienen un rol fundamental en el desarrollo del mismo y devolviendo a las mujeres la

capacidad de decidir sobre sus propios cuerpos (Amalaguer et al. 2012; Floyd, 2001; Fornes, 2010; OMS, 2000).

Este modelo no está exento de contradicciones y cuestionamientos. En este sentido, varias leyes han sido promulgadas en nuestro país para ir en consonancia con las directrices internacionales (Ley N°17386, 2001; Ley N°18426, 2008; Ley N°19580, 2018) . Sin embargo, continúa habiendo dificultades en su aplicación y cumplimiento por parte de los servicios de salud (Farías y Magnone, 2021; Magnone, 2017). A partir de la bibliografía consultada, podemos concluir que es necesario una revisión de estas leyes que contemple conceptos clave como deshumanización, patologización y medicalización, puesto que es bajo estas lógicas de poder que el modelo médico ha ido escalando en las intervenciones a los nacimientos. Asimismo, se torna fundamental entender que la violencia obstétrica no tiene que ver simplemente con problemas relacionales, si no que en ésta se entrecruzan lógicas sociales que producen violencia de género y violencia institucional en salud.

En este contexto, a pesar de que los partos domiciliarios fueron mermando con el avance de la medicina, algunas personas continúan eligiéndolo incluso en países donde no están incluidos dentro del sistema de salud ni son recomendados. A partir de las estadísticas y la bibliografía revisada, se concluye que el apoyo por parte de los estados y la inclusión dentro de los sistemas de salud, es un factor fundamental en la elección de los PDP (Office for National Statics, 2022; Ortega et al., 2017).

La atención en los PDP, es brindada por parteras formadas en las mismas universidades que las parteras que asisten nacimientos en los hospitales, con conocimientos suficientes para poder advertir cualquier indicador de riesgo en el trabajo de parto y parto. Éstas basan su práctica en un modelo holístico que concibe al cuerpo como un campo de energía en continua relación con otros campos de energía, es así que este modelo, con una concepción de cuerpo diferente al modelo biomédico, prioriza el libre movimiento y la libre elección de posiciones para parir, brindando a la persona gestante diferentes opciones al momento del trabajo de parto y parto (Floyd, 2001; Magnone, 2013; Marcote, 2011).

En la elección por un PDP se entrecruzan diferentes aspectos que tienen que ver con la historia de vida de las personas gestantes y sus familias, así como también con sus creencias y convicciones. La concepción de seguridad y respeto difiere a la del modelo biomédico, encontrando en el propio hogar la seguridad necesaria y suficiente para transitar el momento de parto. Asimismo, la elección de las personas que participarán del mismo, el miedo a intervenciones innecesarias y malas experiencias en el pasado, configuran

motivaciones fundamentales para la elección del lugar de parto. La búsqueda y acceso a información de calidad, aparecen como cuestiones esenciales en la elección por un PDP y el empoderamiento subyacente. Es por esto que podemos concluir que los encuentros de preparación para los nacimientos donde se brinde información de calidad basada en evidencia científica, que propicien el empoderamiento de las mujeres así como también de sus acompañantes son fundamentales para incentivar la libre elección del lugar donde se llevará adelante el parto (Bernhard et al., 2014; Campos et al., 2023; Floriano et al., 2023; Quattrocchi, 2022).

En los casos donde es necesario realizar un traslado a un centro de salud, las personas se enfrentan a diferentes formas de violencia, con consecuencias emocionales y físicas negativas y en última instancia con la posibilidad de muerte tanto de la madre como del bebé. Cuando los comportamientos de las mujeres no van en consonancia con lo esperado por la biomedicina, estos son juzgados y considerados riesgosos tanto para ella misma como para el bebé en gestación. De esta forma, se concluye que es esencial por parte de los estados la inclusión de los PDP dentro del sistema de salud y garantizar un traslado fluido a centros asistenciales, puesto que éstos forman parte de la misma planificación de los PDP (Floyd, 2018; Pereira et al. 2020; Vallana, 2020).

Por otra parte, las casas de nacimiento son lugares pertenecientes al primer nivel de atención en salud donde se atienden embarazos y partos de bajo riesgo. Son liderados por parteras, quienes son reconocidas por la Organización Mundial de la Salud como las profesionales idóneas para la atención de los partos normales. Asimismo, estos centros cuentan con un protocolo de parto normal para asegurar la máxima seguridad y poder prever cualquier tipo de complicación. En estos casos se coordina con un hospital de referencia para realizar un traslado (Etcheverry, 2020; OMS, 1996).

La atención en estos centros se brinda desde un enfoque bio-psico-social. Se concluye que este enfoque es esencial para la asistencia a los embarazos y partos puesto que atiende a la forma en que los diferentes determinantes de la salud, biológicos, psicológicos y sociales influyen en los procesos de gestación y parto y no son determinados únicamente por factores biológicos (Etcheverry, 2020; Fernández Lorenzo y Olza, 2020).

La asistencia en las casas de parto está respaldada por los últimos avances científicos, las parteras establecen prácticas de cuidado humanizado que considera la ciudadanía de las mujeres, brindando información de calidad y permitiendo la libre elección de posiciones y movimientos. Podemos concluir que la creación de casas de parto puede hacer

contribuciones significativas a la humanización de los nacimientos, así como también a la gestión de los servicios públicos de salud, descentralizando la atención y permitiendo que muchas más mujeres puedan acceder a una atención de calidad basada en evidencia científica, donde se respeten sus derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, las casas de parto se muestran como una opción viable donde se pueden combinar elementos del modelo humanista y holístico pero sin renunciar a la tecnología e intervenciones médicas en el caso de ser necesario. Incluyendo casas de parto en el sistema de salud, se estaría apuntando a una mejora significativa del sistema obstétrico. (Álvarez et al., 2024; Angulo-González et al., 2019; de Figueredo y Domingos, 2011; Floyd, 2001; Gonçalves et al., 2011).

Tanto las casas de nacimientos, como los PDP buscan transformar el modelo médico hegemónico de asistencia al parto. Es así que se sitúan en el terreno de lo político y se configuran como resistencia al modelo médico hegemónico y sus lógicas asistenciales hospitalocéntricas, devolviéndole protagonismo a la profesión de la partería y situando a la mujer en el centro. (Etcheverry, 2020; Fornes, 2011)

Para finalizar, a partir de la bibliografía consultada y analizada en este trabajo, podemos concluir que las disposiciones redactadas en el Documento Técnico de Maternidades (MSP, 2012), responden a una concepción de los embarazos y partos como procesos patológicos y deben ser revisadas a la luz de las últimas evidencias científicas.

Luego de realizada esta revisión, entendemos que es necesario un cambio en el modelo de atención para que todas las mujeres, tanto las que quieren vivir un parto fisiológico y sin intervenciones en el hospital o en su hogar, como las que necesitan de intervenciones médicas o deciden realizarse una cesárea tengan la posibilidad de vivir ese evento como único y empoderante.

Se concluye en la necesidad de ampliar las opciones para parir para las mujeres que transcurren con embarazos y partos de bajo riesgo, contemplando las casas de parto y la inclusión de los PDP dentro del sistema de salud como posibilidades. De esta forma, se estaría contribuyendo a una mayor descentralización de los partos, lo que influiría en un mejor acceso a la salud para todas las personas en nuestro país, sobre todo a las personas que no viven en las grandes ciudades y deben ser trasladadas a centros asistenciales del tercer nivel a veces cursando el trabajo de parto.

Por otra parte, la ampliación de los lugares para parir podría dar lugar a que se

descentralizaran las actuaciones profesionales de los y las obstetras parteras, pudiendo tener la oportunidad de formarse bajo un modelo que promueva el parto fisiológico, dándole al mismo tiempo, mayor autonomía a la profesión. De esta forma, los ginecólogos quedarían disponibles para atender a los partos de riesgo o emergencias.

El trabajo interdisciplinario es esencial para la asistencia de los embarazos y partos con el fin de poder contemplar los aspectos psicológicos, emocionales y culturales que engloban a la persona embarazada y no limitarlo únicamente a aspectos biológicos. En este sentido, se concluye que es necesario un trabajo en conjunto de obstetras parteras, médicos ginecólogos y psicólogos especializados, así como también la inclusión de los conocimientos de la partería tradicional para el abordaje de los embarazos y partos.

Los encuentros de preparación para los nacimientos son herramientas fundamentales para propiciar la autonomía y el empoderamiento de la persona gestante y su acompañante. La inclusión en estos encuentros de psicólogos especializados en psicología perinatal podría ser una buena opción para proporcionar información de calidad y propiciar el intercambio. Que éstos no sean meramente transmisión de información, sino que se habilite el espacio para el debate y la reflexión a partir de las vivencias de cada familia, así como la conexión con el propio cuerpo y las sensaciones del mismo.

Por otra parte, entendemos que los movimientos sociales son esenciales para propiciar un cambio en el modelo de asistencia a los nacimientos y la inclusión de otros lugares para parir. Es una realidad que los movimientos feministas históricamente han trabajado para desnaturalizar el binomio mujer-madre. En este sentido creo que esta lucha ha sido válida y necesaria, pero el debate hoy en día debería trascenderla y situarse también en aquellas mujeres que sí quieren transitar por la maternidad. Para que puedan hacerlo de forma libre, sin sufrir violencia y viviendo ese momento de su vida como un momento empoderante y trascendental.

En conclusión, un cambio en el modelo de atención obstétrica requiere cuestionar prácticas históricamente establecidas que responden a relaciones de poder y producen desigualdades y violencia de género. Es necesario continuar trabajando sobre estas temáticas para propiciar el debate, incluyendo a los responsables políticos, académicos y la sociedad toda, con el fin de hacer visibles las relaciones de poder que sostienen el modelo actual y emprender el camino hacia un cambio de paradigma en la asistencia a los partos en nuestro país por uno que contemple las necesidades físicas, psíquicas y culturales de la persona gestante y su familia.

Referencias

- Amalaguer, J., García, H., Vargas, V. (2012) Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y salud en cifras. 10(2/3) 44-59.
- Aguiar, C. D. A., Lopes, G. A., Bussadori, J. C. D. C., Leister, N., Riesco, M. L. G., & Alonso, B. D. (2025). Modelo de atención en los centros de nacimiento perihospitalarios de Brasil: una revisión de alcance. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30, e09382023.
- Álvarez, L. P., Cubillo, C. J., Crespo, E. S., Álvaro, L. E., Pamplona, L. V., & Rubio, Á. M. G. (2024). Impacto de los centros de nacimiento sobre la salud materna y neonatal en partos de mujeres de bajo riesgo: una revisión de la literatura. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(4), 275.
- Badillo, P. (2018) Diálogos sobre el nacimiento: tensiones entre la hegemonía biomédica y la autonomía de las mujeres. Santiago del Estero, Argentina. En G. Sánchez y H. Laako (Compiladoras.), *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* (pp. 237-257) Ecos.
- Barrán, J P. (1993) La medicalización de la Sociedad. Uruguay. Editorial Nordan.
- Bernhard, C., Zielinski, R., Ackerson, K., English, J. (2014) Home Birth After Hospital Birth: Women's Choices and Reflections. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 59(2) 160-166.
- Birthplace in England (2011) Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343.
- Biurrun, A y Goberna, J (2013) La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión* 14(2). 62-66.
- Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162
- Campo, E. S. (2016). Percepción de la calidad de atención recibida por futuros padres en una casa de nacimientos. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 13(2), 79-86.
- Campos, J., Pereira, D., Costa, L., Herdy, V. Dargam, B., Martins, B., Tavares, A., Garcia, L., Amazon women's motivations to choose planned home childbirth. *Texto & contexto enfermagem*. 32.
- Castro, R. (2010) Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México. En López, A. y Castro, R. (Compiladores), *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.) Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma.
- Davis Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(1). 5-23.
- Davis Floyd, R. (2018) Emergencias durante partos domiciliarios en Estados Unidos y México. El problema con el traslado. En G. Sánchez y H. Laako (Comp.), *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* (pp. 154-211) Ecos.
- Davis Floyd, R y St. John, G. (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires. Creavida
- de Figueiredo Pereira, A. L., & Bento, A. D. (2011). Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*, 12(3), 4.
- de Figueiredo Pereira, A. L., Moura, M. A. V. (2012). Proceso de implementación de la Casa de Parto en el Sistema Unificado de Salud, Río de Janeiro, Brasil. *Avances en Enfermería*, 30(1), 29-36.
- English, D. & Ehrenreich, B. (1981) Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. (Traductor desconocido.; 1er. ed.) La sal, (Obra original publicada en 1973)
- Etcheverry, G. (2020) Centros de nacimiento. Estudio exploratorio de experiencias europeas y su aporte a la atención del parto y el nacimiento en Uruguay. [Tesis de maestría Universidad de la República]. Colibrí.
- Farías, C y Magnone, N. (2021) Parir en Uruguay en contexto de pandemia por el COVID-19. En Vázquez, G. Silva, J. Woitowiez, K (organizadoras) *Vivências de mulheres no tempo e espaço da pandemia de Covid-19: Perspectivas transnacionais* (pp.71-88). CRV
- Fernández, P y Olza, I. (2020) *Psicología del embarazo. Síntesis*
- Floriano, M., Da Costa, J. De Andrade, M. *Motivações para escolha do parto domiciliar planejado*. *Rev Baiana enferm*. 37 1-10.
- Fornes, V. (2010) Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto. VI Jornadas de Investigación en Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Fornes, V. (2011) Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En Felitti, K. (coordinadora), *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. (pp. 133-154) Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad.

- Foucault, M. (1998) Historia de la sexualidad. Vol I. La Voluntad de Saber. Siglo veintiuno.
- Gonçalves, R., Aguiar, C. D. A., Merighi, M. A. B., & Jesus, M. C. P. D. (2011). Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 62-70.
- Hutter, R. (2010) Get me out: a history of childbirth from the garden of eden to the sperm bank. W. W. Norton & Company.
- Instituto Nacional de Estadística. (2024) Nacimientos, por tipo de parto y año, según tipo de establecimiento de ocurrencia. Anuario estadístico nacional N° 101. <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/publicaciones/anuario-estadistico-nacional-2024-volumen-n-101/23-indicadores-0>
- Lara, L. (2024). Embarazos y partos desde la atención ancestral: una revisión narrativa de la partería tradicional. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 21(3), 1. Disponible en: <https://doi.org/10.21676/2389783X.5987>
- Lázzaro, A. I. (2024). La reproducción de la vida al tempo capitalista. Una aproximación a los partos institucionalizados desde la teoría marxista del valor. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 15(1), 197-217.
- López, G. y Jiménez, M. (2009) Las casas de parto dentro del sistema hospitalario. *Matronas Profesión*. 10(2), 12-15.
- Magnone, N. (2010) Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de la Humanización [Tesis de maestría Universidad de la República]. Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/8256>
- Magnone, N. (2013) Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 12(5) (pp. 79-92)
- Magnone, N. (2017) Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en Uruguay. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 27(9), 97-117.
- Magnone, N. (2020) Cuerpos femeninos e intervenciones obstétricas. Discurso científico-médico en Uruguay a mediados del siglo XX. *Dynamis*, 40(2), 457-477
- Magnone, N. y Farías, C. (2022) Violencia obstétrica en Uruguay. Desafíos para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres. *Musas*, 7(2), 62-80
- Marcote, V. (2017) Nosotras parimos. Guía para un parto respetado. Paidós.
- Ministerio de Salud Pública (2007) Decreto N° 445/007. Reglamentación del ejercicio de la profesión de partera. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/445-2007>
- Ministerio de Salud Pública (2012) Ordenanza N° 693/2012. Documento Técnico de Maternidades. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-693013-maternidades>

- National Institute for Health and Care Excellence (2025) Intrapartum Care. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
- Office for National Statistics (2022) Birth characteristics in England and Wales: 2022. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/liv ebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2022>
- Olza, I. (2017) Parir: El poder del parto. Penguin random house.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1985) “Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS para el Nacimiento”. Lancet, 2:436-437.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (1993). Parteras tradicionales: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1996) Cuidados en el parto normal. Ginebra.
- Ortega, E., Cairós, L. Clemente, J. Rojas, C. Pérez, A (2017) Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. Ene 11(1)
- Quattrocchi, P. (2020) Violencia obstétrica desde América Latina hasta Europa: similitudes y diferencias en el debate actual. En Quattrocchi, P. y Magnone, N. (compiladoras), Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias. (pp.195-200). Universidad Nacional de Lanús. Disponible en DOI 10.18294/9789874937506.
- Quattrocchi, P. (2022) “Seguridad” y “respeto” durante el parto y el nacimiento. El aporte de las mujeres y de las matronas españolas e italianas desde un modelo de atención no medicalizado. Contextos. 10 (pp.13-33)
- Pereira M, Rodrigues S, Rodrigues M, Rodrigues W, Batista M, Braga L. (2020) Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital. Rev Rene (pp.1-9) . DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783>.
- Santillán, S. (2021) Formarse en el modelo tecnocrático. Análisis de las prácticas hospitalarias de los/as estudiantes de la carrera de obstetricia. Questión. 69(3), 1-21.
- Tornquist, C. (2002) Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Estudos Feministas. 483-492
- Uruguay (2001, agosto 30). Ley n° 17386: Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>
- Uruguay (2008, diciembre 10). Ley n° 18426: Ley sobre salud sexual y reproductiva. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Uruguay (2018, enero 9) Ley n° 19580: Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

- Vallana, V. (2020) "La enfermedad normal" Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. Revista Latinoamericana 34, pp.90-107
- Vazquez, R. (2008) Determinantes de la salud. En Benia, W. Y Reyes, I. (Coord)Temas de Salud Pública. Tomo I. (11-17) Montevideo: Oficina del Libro