



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Producción teórica - Monografía

CESÁREA A PEDIDO MATERNO

ENTRE EL MIEDO Y LA AUTONOMÍA

Julieta Galdo Curbelo

CI: 5.407.214-4

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

Docente Revisora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Montevideo, Uruguay

Febrero, 2026

Tabla de contenido

Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	5
Capítulo 1. De práctica médica a fenómeno social	7
1.1 Derechos sexuales y reproductivos	7
1.2. Construcción sociocultural de la cesárea	11
1.3 Aumento de cesáreas a nivel mundial	13
Capítulo 2. ¿Miedo, dolor o libertad?	16
2.1. Entre el control médico y la libertad reproductiva	16
2.2. Dimensiones del miedo al parto	18
2.3 Parto medicalizado: dilemas éticos	24
Capítulo 3. ¿Qué puede influenciar el pedido materno de cesárea sin justificación médica?	27
3.1 Experiencias previas no satisfactorias o traumáticas	27
3.2 Miedos o ansiedades ante este embarazo	33
3.3 Los profesionales de la salud y la demanda inducida	37
Conclusiones	44
Referencias	46

Agradecimientos

A papá y a mamá, por enseñarme tantos valores, por acompañarme incondicionalmente en cada momento, por creer en mí y por su amor profundo.

A mi mamá en especial, por hacerme enamorar profundamente de la psicología desde que era niña, y por mostrarme un mundo increíblemente apasionante.

A Guzmán, que sos la luz de mis ojos, no hubo un momento en el que no pensara en vos escribiendo esta tesis.

A mis abuelas, a quienes no les faltó nunca prenderme una velita en cada momento importante. A mi abuelo por sus mensajes, a mis tíos por su apoyo tan sincero y real, a pesar de estar lejos.

A la educación pública que me permitió estudiar y cambió tanto mi vida. Y en especial a la Facultad de Psicología que se volvió mi hogar durante 5 años, que me dio amigas para toda la vida, además de el placer de estudiar algo que amo como no me imaginé jamás.

A mis amigas, que hacen todo mejor, con quienes no hacen falta las palabras.

A mis amigas colegas, que hicieron que todo este camino valga la pena.

A tati y a amy, con quienes nos conocimos siendo niñas y hoy aprendimos juntas a ser adultas.

A Facu, mi novio, que ha sido refugio, amor y contención durante tantos años.

A Caro, por ser quien me mostró un mundo fascinante y la elegí para que me acompañe en este camino.

Agradezco el privilegio de haber podido estudiar y lo honro cada día.

Resumen

La cesárea es una cirugía obstétrica utilizada en determinadas circunstancias para proteger la vida y la salud de la persona gestante y del feto. Aunque inicialmente se indicaba ante situaciones clínicas específicas, en las últimas décadas se ha consolidado como una forma habitual de nacimiento dentro de los sistemas de salud. La presente monografía analiza los factores que influyen en la realización de cesáreas sin indicación médica, especialmente aquellas a pedido materno. Se busca problematizar desde la psicología perinatal y el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, los motivos que llevan a solicitar una cesárea, aún sin causa clínica justificada. Se analizan las dimensiones culturales, institucionales y vinculares que intervienen en la toma de decisiones en torno al nacimiento, incluyendo el miedo al dolor, las representaciones sociales construidas en torno al parto y la cesárea y las formas de relación entre profesionales de la salud y pacientes. Asimismo, se abordan las características del sistema de salud que pueden favorecer la medicalización del nacimiento, tales como limitaciones estructurales, lógicas institucionales, tiempos asistenciales y prácticas protocolizadas. Se cuestionan los discursos históricos y contemporáneos que han configurado el lugar de la cesárea y del parto vaginal, analizando cómo estas construcciones impactan en la autonomía de las mujeres y en sus experiencias actuales. Finalmente, se reflexiona sobre los desafíos para promover prácticas de atención respetuosas, centradas en la información, el consentimiento y el acompañamiento, que permitan desnaturalizar intervenciones innecesarias y fortalecer el derecho a decidir sobre el propio proceso reproductivo.

Palabras clave: cesárea, psicología perinatal, autonomía, medicalización.

Introducción

La presente producción corresponde al trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (Udelar). Se presenta en formato de monografía, debido a que el propósito es realizar una revisión teórica sobre un tema específico, integrando aportes de la Psicología de la Salud y la Psicología Perinatal, desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos. El objetivo es problematizar la cesárea a pedido materno (CPM), entendida como “aquellos partos por cesárea primaria anteparto, realizado por pedido materno y en ausencia de indicaciones médicas maternas, fetales y ovulares” (González et al., 2023), en el marco de las discusiones sobre autonomía reproductiva, medicalización del parto y prácticas obstétricas en Uruguay, lo que lo convierte en tema actual y relevante para la salud pública.

La elección de este tema responde tanto a su relevancia como a un interés personal y académico. La CPM se ubica en el centro de debates actuales sobre salud pública, calidad de atención y autonomía reproductiva, en un contexto en donde las formas de maternidad han cambiado. Además, desde el inicio de mi formación en Psicología, la Psicología Perinatal me abrió un campo de mucho interés y aprendizaje. Es así cómo parte mi elección por este tema, en tanto habilita a articular reflexiones sobre salud, género y derechos, y a pensar el rol de la psicología en escenarios donde la experiencia subjetiva de las mujeres se ve atravesada por decisiones médicas, institucionales y culturales.

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas en la actualidad. Sus primeras referencias se vinculan a civilizaciones antiguas, incluyendo Grecia, Roma, India y sociedades precolombinas, aunque la mayoría de los procedimientos se realizaban exclusivamente cuando la madre estaba muerta o moribunda, más asociadas a creencias culturales que a fines médicos (Lugones, 2001; Arencibia, 2002; Sarduy et al., 2018). La extracción fetal a través del abdomen materno está presente en la mitología para explicar el nacimiento de los dioses, pues esta vía, era considerada más adecuada que la vía vaginal, que es el camino del resto de los mortales (Miguel Sesmero et al., 2021).

La historia de la cesárea es la historia de la Obstetricia, es en definitiva, la búsqueda de una solución a los problemas de parto, explorando otra vía para el nacimiento, una solución que aunque podría vislumbrarse, no era posible, ni factible ante los difíciles problemas que existían en la antigüedad (Miguel Sesmero et al., 2021).

Durante siglos, la mortalidad materna y fetal asociada a la cesárea fue extremadamente alta. En el siglo XIX, los avances en higiene, anestesia y técnicas quirúrgicas permitieron

aumentar significativamente la supervivencia materna y neonatal (Olivares-Albornoz, 2021). Recién para el siglo XX, la cesárea se configuró como una intervención segura y frecuente en la obstetricia moderna, en el marco del proceso de medicalización del nacimiento. Si bien su desarrollo técnico redujo de forma considerable los riesgos, continúa siendo una cirugía mayor, con posibles complicaciones como hemorragias, infecciones y efectos adversos en embarazos futuros (Olza y Lebrero, 2012; Madruga Garrido, 2024).

En la actualidad, la cesárea es la cirugía mayor más practicada en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de cesárea han aumentado globalmente, representando actualmente más del 21% de todos los nacimientos, y se proyecta que esta cifra continúe en ascenso, alcanzando aproximadamente el 29 % para 2030 (OMS, 2023). Sin embargo, desde 1985, la OMS recomienda que las tasas se ubiquen entre el 10 % y el 15 %, dado que por encima de este umbral no se observan mejoras significativas en la mortalidad materna ni neonatal. Tal es así, que en 2015, la OMS publicó una declaración sobre las tasas de cesárea, en la que reafirma lo ya planteado en 1985, una tasa de cesáreas entre el 10 % y el 15 % es la más asociada con beneficios en salud materna y neonatal.

En América Latina y el Caribe, la tasa promedio de cesáreas alcanza el 54%. En países como Brasil y República Dominicana supera el 55 % de los nacimientos (OMS, 2023). Este incremento se vincula a diversos factores, entre los que se incluyen el aumento de la edad materna, la reducción del tamaño del núcleo familiar, una mayor planificación del embarazo, la medicalización del mismo y la realización de cesáreas sin indicación médica (OMS, 2023). En Uruguay, la cesárea ocupa un lugar destacado como forma de nacimiento, muy por encima del rango recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

El control sobre los cuerpos y los modos de parir puede leerse dentro de los mecanismos de biopoder que, a través de la medicina, regulan y normativizan la vida (Foucault, 1976). Desde este enfoque, la cesárea debe analizarse, además de como una técnica médica, como un hecho social y cultural.

Es por esto que el parto y sus modalidades de atención son procesos atravesados por dimensiones culturales y sociales, en las que se juegan relaciones de poder y formas de control sobre los cuerpos gestantes (Jordan, 1993). Las formas de nacimiento se inscriben en dinámicas más amplias de medicalización y control social, que tienen implicancias en la vivencia subjetiva de las mujeres, en su salud mental y en la construcción del vínculo temprano con el recién nacido.

Capítulo 1. De práctica médica a fenómeno social

1.1 Derechos sexuales y reproductivos

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) concibe la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición, criticada por su idealismo, en tanto la noción de “completo bienestar” resulta difícil de alcanzar y de operacionalizar en la práctica clínica y en salud pública (Huber et al., 2011). No obstante, se busca promover un enfoque que abarque las múltiples facetas del individuo y que reconozca la importancia de las condiciones sociales y personales para la salud.

Por otro lado, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Conferencia del Cairo) (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1994) afirmó que las decisiones reproductivas no debían responder a metas demográficas, sino a elecciones libres e informadas. Un año más tarde, en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (ONU, 1995), se reforzó la idea de que la igualdad de género y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos resultan esenciales para la participación plena de las mujeres en la sociedad. En esta misma dirección, las Naciones Unidas han subrayado que dichos derechos implican el acceso a servicios de salud de calidad, educación sexual integral, anticoncepción y una atención al embarazo y parto libre de discriminación y violencia (ONU, 2014).

Este enfoque reconoce que la salud, tal como lo plantea Morales Calatayud (1999), constituye un proceso dinámico de equilibrio entre el organismo y su ambiente, lo que implica que las decisiones reproductivas y el modo de nacimiento se encuentran fuertemente condicionados por contextos sociales. Desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, la cesárea no puede ser comprendida únicamente como una intervención médica, sino como un proceso atravesado por múltiples dimensiones. Así, el abordaje desde la Psicología Perinatal permite problematizar la cesárea, entendiendo que confluyen la autonomía, las prácticas institucionales y los derechos sexuales y reproductivos, considerando la importancia del bienestar integral, tanto físico, como psicológico y social.

La Organización Mundial de la Salud (2018) también subraya que garantizar una experiencia de parto positiva requiere respeto a la autonomía, al consentimiento informado y a la dignidad de las personas gestantes. La humanización del nacimiento implica devolver

protagonismo a quien pare y a quien nace, como condición para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

La medicalización del parto ha desplazado la experiencia del nacimiento de las mujeres hacia el dominio de la práctica médica, limitando su autonomía y favoreciendo intervenciones que no siempre responden a necesidades clínicas. (Odent, 2006, p. 47).

La cesárea es, sin duda, una intervención imprescindible cuando existen riesgos reales para la salud materna o fetal, sin embargo, su uso generalizado y fuera de esas situaciones plantea serios dilemas éticos, pues supone someter a la madre y al bebé a una cirugía mayor sin la justificación clínica necesaria (Olza y Lebrero, 2012). Diversos estudios han señalado que el aumento sostenido de las tasas de cesárea a nivel internacional no siempre responde a necesidades obstétricas reales, sino a transformaciones en la práctica médica, cambios organizacionales y lógicas institucionales que favorecen su utilización (Antoine et al., 2021). Asimismo, la evidencia muestra que las cesáreas sin indicación médica se asocian con mayores riesgos neonatales, incluyendo prematuridad iatrogénica y mayores costos sanitarios, lo que refuerza la necesidad de revisar críticamente su indicación y uso (Coloma et al., 2021).

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). (Farias, 2024, p.11, 12).

Las cesraeas programadas son las que realizan antes del inicio del trabajo de parto (se agenda día y hora, y no hay dinámica de parto activa al momento de la intervención), e intraparto, cuando la decisión se toma una vez iniciado este (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En relación a las cesáreas realizadas por condición clínica, entendemos que 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).

Por su parte, las indicaciones relativas son aquellas en las que pueden existir ciertos factores de riesgo o condiciones clínicas que podrían dificultar el parto vaginal, situaciones

como la desproporción céfalo-pélvica, la falta de progresión del trabajo de parto, la macrosomía fetal o algunos antecedentes obstétricos. Olza y Lebrero (2012), muchas de estas indicaciones se construyen en torno a interpretaciones clínicas variables, lo que abre espacio a la toma de decisiones influenciadas por factores institucionales o culturales más que por una necesidad médica estricta.

Finalmente, las cesáreas innecesarias son aquellas que se realizan sin una indicación médica real. Tanto Odent (2006) como Olza y Lebrero (2012) subrayan que un porcentaje significativo de cesáreas se encuentran dentro de esta categoría, promovido por la medicalización del parto, la cultura del riesgo, el temor al litigio, la organización del trabajo sanitario y, en ocasiones, las preferencias institucionales o profesionales. Este tipo de intervenciones responden con frecuencia a rutinas hospitalarias o a una anticipación excesiva de complicaciones hipotéticas, más que a problemas clínicos concretos (Farías, 2024).

Según Gabbe (2019) es necesario realizar una adecuada valoración de riesgos y beneficios. Esto se vuelve fundamental a la hora de evitar complicaciones y repercusiones innecesarias. 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.

En el caso específico de las cesáreas, Uruguay presenta tasas elevadas que superan ampliamente las recomendaciones internacionales, alcanzando alrededor del 51 % en 2023 (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2023), consolidando la tendencia observada en años previos y persistiendo las diferencias significativas entre prestadores privados y públicos, donde los primeros concentran los valores más altos (UNFPA y MSP, 2023; Aguirre., et al, 2019; Cópola, 2015). Esta cifra varió significativamente según el tipo de centro, por ejemplo, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), perteneciente al sector público, se registró una tasa del 37 %, mientras que en diversas mutualistas privadas superaron el 70 % (MSP, 2023). Estos datos evidencian brechas persistentes entre los subsistemas de salud, que reflejan desigualdades en el acceso, autonomía y prácticas obstétricas (MSP, 2023), aspectos que requieren un análisis crítico desde la psicología de la salud en relación a la garantía de acceso y ejercicio de los derechos reproductivos por parte de las usuarias.

Diversos estudios muestran que persisten importantes brechas entre el subsector público y el privado en relación con la atención del embarazo y el parto. Investigaciones recientes evidencian que, a lo largo de más de una década de funcionamiento del Sistema Nacional

Integrado de Salud (SNIS)¹, se mantienen desigualdades en indicadores como parto pretérmino, bajo peso al nacer o sífilis congénita, siendo más desfavorables en el subsector público (Saavedra, 2024; Viroga et al., 2024b).

Los profesionales señalan de manera reiterada el estatus de los hospitales públicos como centros de formación. Las principales maternidades públicas en Uruguay son el Centro Hospitalario Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela (Montevideo), que funcionan como hospitales universitarios, lo que favorece la disponibilidad permanente de equipos, la consulta entre profesionales y una mayor tolerancia y respeto a los tiempos fisiológicos del trabajo de parto (Farías, 2024).

En contraste, en el sector privado predomina una organización del trabajo basada en equipos quirúrgicos en régimen de retén, lo que condiciona la toma de decisiones obstétricas al anticipar los tiempos necesarios para conformar el equipo completo, favoreciendo en algunos casos la indicación de cesáreas ante situaciones clínicas aún inciertas, entre otros factores (Farias, 2024).

En este contexto, el SNIS se convierte en un escenario clave para analizar cómo las políticas de salud, las desigualdades sociales y las relaciones de género inciden en el modo

¹ El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se crea en Uruguay en el año 2007 a partir de la promulgación de la Ley 18211 (Uruguay, 2007). Su creación, cambia el modelo de organización sanitaria y tiene como objetivo garantizar el acceso universal, equitativo y de calidad a los servicios de salud. Este sistema se basa en un financiamiento solidario y en la integración de prestadores públicos y privados bajo un mismo marco regulatorio, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Esto a su vez estuvo en relación a la aprobación de la ley N°18426 de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva, promulgada en 2008.

Esta ley, establece principios orientados a asegurar el ejercicio pleno de los DSSyRR. Entre sus objetivos se encuentra promover una atención respetuosa, de calidad y centrada en las necesidades de las personas gestantes: “brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y postparto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieran distintas alternativas” (art.4). En particular, el artículo 3, inciso C, reconoce el derecho al parto humanizado, garantizando que las mujeres reciban información adecuada, un trato digno, apoyo emocional y la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre su proceso de parto, evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados.

Los principios de dignidad, autonomía, consentimiento y acceso a una atención médica de calidad desarrollados en los artículos 3, 5, 6.1 y 14.2 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) consolidan el marco normativo para el análisis de estas situaciones, reforzando que las decisiones reproductivas deben inscribirse en un modelo de atención respetuoso, informado y centrado en los derechos de las mujeres.

En el contexto nacional, la Ley N° 18.335 de Derechos y Deberes de las personas usuarias del SNIS establece que todo procedimiento de atención médica debe ser acordado entre el paciente o usuaria y el profesional de salud luego de recibir información adecuada, suficiente y continua, consagrándose el consentimiento informado de manera expresa en la historia clínica, y puede ser revocado en cualquier momento (art. 11). Asimismo, la normativa reconoce el derecho de las personas a negarse a recibir atención médica y a que se les expliquen las consecuencias de esa negativa para su salud. Estos dispositivos normativos refuerzan el principio de autonomía y la libre autodeterminación en decisiones relacionadas con la salud reproductiva, contribuyendo a que las prácticas de atención respeten la voluntad y dignidad de las personas en el ejercicio de sus derechos en salud.

de nacer en Uruguay, y a partir de ello entender qué factores inciden en la indicación/aceptación de una cesárea sin motivos médicos.

1.2. Construcción sociocultural de la cesárea

La construcción sociocultural de la cesárea desde la Psicología, particularmente de la Psicología de la Salud, nos obliga a analizar los distintos niveles implicados en su aumento y alta incidencia. La cesárea, más allá de ser un procedimiento médico, se inscribe en una construcción sociocultural que la asocia con la modernidad, el control y la seguridad, en tanto práctica que refleja tensiones entre la autonomía de las mujeres y el control médico sobre el cuerpo gestante (Martín, 2019; Farías, 2024).

En este sentido, resulta necesario considerar los determinantes estructurales de la salud, como las políticas de salud, la organización institucional y las desigualdades de género, los determinantes vinculados a las dinámicas familiares y al acceso a servicios de calidad, así como los relacionados con las creencias y expectativas individuales (Marmot et al., 2020).

Existen muchas preguntas sobre los efectos de las creencias personales, religiosas y tradicionales sobre la salud en la preferencia por un modo de parto. Estas preguntas deben abordarse en el contexto cultural específico.

La propia definición de la cesárea a pedido materno (CPM) plantea un conflicto ético, la solicitud, en ejercicio de la autonomía, de un acto médico-quirúrgico que no está biomédicamente indicado y que podría ser considerado maleficente. ¿Es éticamente justificable realizar una cesárea, no necesaria, cuando es solicitada por una persona gestante en ejercicio de su autonomía? ¿Cómo debería ser analizado, desde la bioética, el conflicto moral presentado en las solicitudes de cesáreas no indicadas por la/el profesional? ¿Cómo es la valoración de riesgo-beneficio de realizar una intervención quirúrgica en una mujer y un bebé sano?.

Se debe tener en cuenta que, socialmente se considera el parto como una experiencia dolorosa y agotadora, aunque mayoritariamente seguida de muy pocas complicaciones. Por otro lado, la cesárea suele percibirse como un procedimiento indoloro y sencillo, preferido con frecuencia por el temor al dolor asociado al parto vaginal (Zakerihamidi et al., 2015).

La relación medicalización-institucionalización del proceso de embarazo, nacimiento y puerperio es aún reciente en el tiempo. En el último siglo, la medicina ha pasado a ocupar un lugar central dentro de los Estados y del discurso social, extendiendo su control y atención sobre los cuerpos (Hutter, 2010; Farías 2014). La institucionalización del parto

durante el siglo XX estuvo estrechamente vinculada a la profesionalización de la ginecología y a la progresiva subordinación de saberes tradicionales, como los de las parteras, al discurso médico hegemónico. Dicho modelo se asentó sobre la base de una concepción patológica del cuerpo femenino, promoviendo prácticas intervencionistas y limitando otras formas de autonomía reproductiva (Magnone, 2022).

Por otro lado, el género puede ser comprendido como una institución social que contribuye a organizar y regular el orden social. En sociedades estructuralmente patriarcales, este orden se sostiene a partir de relaciones jerárquicas que asignan posiciones diferenciales de poder según el género. La institución médica, y el poder médico en particular, se ven atravesados por los valores, normas y mandatos que el patriarcado reproduce. En consecuencia, las prácticas médicas tienden a producir y reproducir relaciones de poder y subordinación sobre los cuerpos de las mujeres, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Rich, 1976; De Beauvoir, 2011; Magnone, 2022). Las mujeres han sido disciplinadas por el poder médico, creyendo que su propio cuerpo es una especie de maquinaria que no funciona bien, y necesita ser regulado por éstos. Y así es que el cuerpo de las mujeres no se toma en cuenta y ellas mismas no podrán opinar y su cuerpo no les pertenecerá (Foucault, 1990).

La medicina moderna se ha constituido como una instancia privilegiada de regulación de la vida, particularmente de la vida reproductiva de las mujeres. El cuerpo femenino se convierte en un territorio de intervención técnica y moral, donde el saber experto desplaza la voz de las propias mujeres y redefine sus experiencias en términos de riesgo, patología o incapacidad. El poder médico opera como una autoridad científica, pero también como un dispositivo que organiza jerarquías de saber (Castro y Lopez, 2010).

La medicalización del embarazo, según Magone (2011), implica una forma de gobierno de los cuerpos que naturaliza la idea de que las mujeres requieren tutela profesional para gestionar su propia biología. El disciplinamiento del cuerpo femenino no es únicamente una cuestión simbólica, sino un proceso concreto que atraviesa políticas públicas, prácticas clínicas y representaciones sociales. Para la autora, el propio concepto de DSSyRR interpela los límites de lo público y lo privado en lo que respecta a la ciudadanía reproductiva. “Las ideas de autonomía, libertad, integridad, salud y seguridad sexuales aportan una línea ética para pensar las formas como las sociedades respetan o no este tipo de derechos” (Magnone, 2011, p.14). Sin embargo, esta posibilidad de autonomía se ve tensionada por la forma en que los sistemas de salud organizan la atención.

Siguiendo los planteos de Menéndez (1983) podemos determinar que en los sistemas de salud coexisten tres modelos básicos de atención: el *modelo médico hegemónico*, caracterizado por una visión biologicista, individualista y basada en la relación asimétrica entre médico y paciente; el *modelo médico alternativo*, que retoma prácticas tradicionales con un enfoque más integral del padecimiento, aunque también puede tender a la mercantilización; y el *modelo de autoatención*, centrado en la capacidad de las personas y sus comunidades para gestionar su propia salud desde la experiencia cotidiana.

Por su parte, Davis-Floyd (1993) identifica tres modelos médicos que influyen en la atención del nacimiento: el *tecnocrático*, que concibe el cuerpo como una máquina; el *holístico*, que integra cuerpo, mente y espíritu; y el *humanista*, que busca un equilibrio entre ambos. La autora sostiene que la atención obstétrica ideal, combina elementos de los tres modelos, aunque en la actualidad predomina el enfoque tecnocrático en los contextos hospitalarios.

Si bien salvan vidas, conllevan riesgos para la madre y el bebé y que, a nivel poblacional, como ya mencionamos, una tasa superior al 10% no se asocia con una mejor reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal (OMS, 2015). Las cesáreas, tengan o no indicación médica, no son inocuas. Los riesgos (morbididades) pueden ser tanto a corto, mediano y largo plazo, además de poder ser permanentes, incluyendo la muerte. Algunos de estos riesgos incluyen una estadía hospitalaria más prolongada de la persona gestante y el recién nacido, como podrían ser el aumento del riesgo de distress respiratorio en el bebé o el aumento del riesgo de complicaciones en futuros embarazos de la mamá (rotura uterina, placenta previa, placenta acreta, etc), entre otros (Olza y Lebrero, 2012; Farías 2014, 2024).

1.3 Aumento de cesáreas a nivel mundial

El aumento de la cesárea ha generado una alarma no solo por el incremento en su tasa, sino, por la variabilidad observada. Esta variabilidad sugiere una diferente adecuación en las indicaciones de los estándares clínicos. Además de estas repercusiones, tiene asociado un mayor coste económico para los sistemas de salud (Miguel Sesmero et al., 2021). En este sentido, según datos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2006), la cesárea tiene un coste económico superior para el sistema de salud, al compararse con los costos de un parto vaginal, ya fuera éste normal o complicado. Es por esta razón, que se considera a la tasa de cesárea de un país o un hospital en concreto, cómo un indicador estadístico de calidad asistencial en obstetricia.

Farias (2024) asocia el incremento sostenido de las cesáreas a nivel mundial a partir de múltiples factores interrelacionados. Retomando los aportes de Cunningham et al. (2010),

se destaca en primer lugar, la disminución del número de hijos por mujer, lo que hace que una proporción significativa de los nacimientos corresponde a mujeres nulíparas, personas que presentan mayor probabilidad de finalizar el embarazo mediante cesárea. A ello se suma el aumento de la edad materna, particularmente en el primer embarazo, el creciente intervencionismo obstétrico y el uso intensivo de tecnologías de monitoreo fetal, asociados también a mayores tasas de intervención quirúrgica, así como también el temor a demandas por mala praxis, que promueve prácticas de medicina defensiva por parte de los profesionales.

En este sentido, el aumento sostenido de cesáreas, su alta prevalencia y la variabilidad institucional en las tasas registradas (muchas de ellas sin indicación médica), plantea un desafío importante para la salud, no solo en relación al costo sanitario que representa o los riesgos asociados, sino también por las repercusiones que tiene en la vivencia del parto, en la construcción del vínculo madre–bebé y en la reproducción de prácticas medicalizadas que refuerzan el control sobre el cuerpo de las mujeres (Farías, 2014).

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 y Lebrero, 2012; Cunningham et al., 2010). Por otra parte, para el bebé, nacer por cesárea no está exento de riesgos, existen mayores probabilidades de sufrir problemas respiratorios, prematuridad iatrogénica y laceraciones, lo que, como ya mencionamos anteriormente, se asocia a mayor tiempo de hospitalización (Odent, 2006; Coloma et al., 2021). A su vez, 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, tanto en aspectos biológicos como del desarrollo neurológico (Martikainen et al., 2017).

En este marco, entender la cesárea como un problema de salud pública implica reconocerla como expresión de un modelo de atención obstétrica centrado en la intervención, más que en la promoción del parto fisiológico y humanizado (Farías, 2014).

Desde esta perspectiva, aparecen recomendaciones específicas sobre los aspectos no clínicos que pueden ayudar a disminuir el índice de cesárea (OMS, 2018; Chen et al., 2018; Kingdon et al., 2018). Entre ellos, se destacan recomendaciones dirigidas: a la mujer y la familia (p. ej., brindar información basada en evidencia, apoyo emocional y educación prenatal); a los profesionales de la salud (p. ej., mejorar la comunicación, favorecer la toma

de decisiones informadas y evitar intervenciones innecesarias); y a los sistemas o prestadores de salud (p. ej., promover modelos de atención centrados en la mujer, garantizar recursos adecuados y evitar incentivos institucionales que aumenten la tasa de cesáreas).

La solicitud de una cesárea sin indicación médica plantea un conflicto ético y un conflicto de derechos, en tanto entra en tensión con la normativa internacional y nacional que promueve la autonomía de la persona gestante y el parto humanizado (González et al., 2023). Parte de la regulación de los DSSyRR en relación con el parto establecen disposiciones para minimizar las intervenciones innecesarias.

Se pretende que la humanización del parto, reclamada a través de movimientos sociales desde principios de siglo (que han problematizado la medicalización, la pérdida de autonomía y las prácticas obstétricas coercitivas (Puleo, 2011; Lagarde, 1996)), funcione como un mecanismo liberador de la opresión que significa el acto médico de la intervención como regla de la institucionalización de los partos. Esto, de alguna manera, se refleja en la normativa vigente en nuestro país, como la Ley N.º 18.426 de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva (Uruguay, 2008) y la Ley N.º 19.580 de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género (Uruguay, 2018) las cuales incorporan principios de respeto, autonomía y trato digno. A su vez, estas normativas se sustentan en los grandes documentos internacionales de derechos de las mujeres, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (OEA, 1994).

Por su parte, la normativa local tiene un enfoque de género en dos grandes sentidos: a) promover la autonomía de las gestantes en la toma de decisiones, (Decreto 339/019, Art. 14, Lit A “su participación como protagonista de este”) y, b) fomentar acciones (obligaciones de hacer y de no hacer) que erradiquen los distintos tipos de violencia que se encuentran estructuralmente reproducidas en nuestra sociedad.

Capítulo 2. ¿Miedo, dolor o libertad?

2.1. Entre el control médico y la libertad reproductiva

El cuerpo se constituye como un territorio de disputas entre la autonomía reproductiva de las mujeres y el control ejercido por las instituciones médicas. Desde la perspectiva foucaultiana (Foucault, 1976), el poder médico puede entenderse como una forma de biopoder que regula y disciplina los cuerpos a través de prácticas normalizadoras, especialmente en los procesos vinculados a la sexualidad y la reproducción. En esta línea, Castro y Erviti (2015) señalan que el poder médico opera como una forma de dominación simbólica e institucional que limita la agencia de las personas, particularmente en el campo de la salud sexual y reproductiva, donde la autoridad profesional tiende a imponer definiciones legítimas sobre el cuerpo y el proceso reproductivo. Así, la medicalización del parto se vuelve un mecanismo de control, donde las decisiones individuales son frecuentemente subordinadas al saber experto (Vallana, 2020; Magnone, 2022).

Olza (2012) plantea que el modo de nacer se ha transformado en un acto institucionalizado y tecnificado, que a menudo invisibiliza la experiencia subjetiva de las mujeres. En la misma línea, Martín (2019) destaca que el embarazo y el parto se inscriben en discursos de riesgo y control, en los cuales el cuerpo embarazado es tratado como objeto de intervención, tensionando los límites entre cuidado y dominación. De este modo, la libertad reproductiva debe pensarse en diálogo con los dispositivos sociales y culturales que la condicionan.

La consolidación del poder médico en los procesos reproductivos tiene consecuencias significativas tanto en las experiencias de las mujeres como en las prácticas institucionales del parto. La intervención excesiva y la desconfianza hacia la fisiología de las personas gestantes han derivado en un aumento sostenido de las cesáreas, incluso en contextos donde no existen indicaciones clínicas que las justifiquen (OMS, 2015; Farías, 2024).

Es por esto, que la sobre-medicalización produce, en muchos casos, malas experiencias de parto, sentimientos de pérdida de control, falta de acompañamiento y despersonalización del proceso (Olza, 2012; Vallana 2020). Asimismo, la invasión de equipos médicos y la rigidez de los protocolos institucionales contribuyen a la institucionalización del nacimiento. Las mujeres que describen experiencias negativas durante el parto reportan con mayor frecuencia atención impersonal, escasa comunicación y sensación de inseguridad (Vedeler et al., 2023). Desde un enfoque sociológico, se señala que el parto hospitalario se configura

en el marco de prácticas institucionales que tienden a reforzar la medicalización y a limitar el involucramiento de las mujeres en el proceso de nacimiento (Castillo Le-Bert, 2024).

Martín (2019) sostiene que se tiende a posicionar a la persona embarazada como un sujeto pasivo de intervención, lo que tensiona el derecho a decidir sobre el propio cuerpo frente al poder médico. Estas dinámicas no solo transforman la experiencia subjetiva del nacimiento, sino que refuerzan una cultura en la que el parto se concibe como un procedimiento técnico antes que como un acontecimiento vital, relacional, emotivo y simbólico. Este intervencionismo obstétrico, al estar fuertemente anclado en prácticas tecnocráticas y jerarquías, se traduce en múltiples formas de violencia que vulneran los DSSyRR de las mujeres. El abuso de prácticas invasivas, además del control sobre los cuerpos, reproducen y naturalizan relaciones asimétricas de poder que limitan la autonomía en el proceso reproductivo, incluyendo su capacidad de decidir sobre cómo, dónde y con quién parir (Magnone, 2011).

Las cesáreas programadas, al omitir el trabajo de parto, pueden tener efectos diferenciales en la adaptación neurofisiológica del recién nacido. Olza (2017) advierte que el nacimiento mediante cesárea altera la liberación de hormonas vinculadas al estrés y al apego, lo que podría influir en la respuesta emocional y el desarrollo inicial. Estas observaciones refuerzan la necesidad de repensar la medicalización del parto no solo desde una perspectiva de derechos, sino también desde sus implicancias biológicas y vinculares de la díada.

Para lograr un nacimiento sin riesgos físicos ni psíquicos es fundamental que se dé una asistencia humanizada, para esto es necesaria la creación de un espacio en el cual la madre y el bebé sean los protagonistas, pudiendo lograr un nacimiento lo más fisiológico posible. En contraposición al modelo tecnocrático de atención al parto, diversos enfoques proponen una comprensión más integral del proceso de nacimiento. Es por esto, que Davis-Floyd (1993) plantea el modelo holístico de atención al nacimiento, el cual concibe el cuerpo como una unidad indisoluble de la mente y el espíritu, en interacción constante con el entorno social y emocional. Desde esta perspectiva, el parto no es entendido como un evento patológico que requiere control técnico, sino como un proceso fisiológico y significativo, en el que la autonomía de la persona gestante, el respeto por sus tiempos y decisiones, y la confianza en la capacidad del cuerpo para parir ocupan un lugar central.

Tomando en cuenta los aportes de Gaskin (2002), la humanización del nacimiento implica garantizar el respeto a los derechos y decisiones de las mujeres antes, durante y después del parto. Esto incluye preservar su privacidad, permitir la elección de acompañantes, brindar apoyo e información adecuada, y evitar intervenciones innecesarias o prácticas

invasivas. Cuando el equipo médico impone sus propios criterios y limita la participación activa de la mujer, el proceso se deshumaniza.

Castro (2014) entiende que se debe garantizar el respeto al derecho de las mujeres a la privacidad en el lugar del parto, así como a decidir sobre las personas que desean que las acompañen². Es fundamental que reciban apoyo emocional y profesional por parte del personal de salud, y que se les brinde la información y las explicaciones que soliciten. Asimismo, se recomienda evitar los esfuerzos de pujo dirigidos y prolongados, evitar el uso de tecnologías como la monitorización continua; el uso rutinario de oxitocina sintética, episiotomía entre otras, y limitar los exámenes vaginales frecuentes o realizados por múltiples examinadores, con el fin de promover un parto más respetado y humanizado³.

Por otro lado, desde el momento de pre-parto hasta el puerperio, se debe, en lo posible, no separar al recién nacido de su madre inmediatamente después del nacimiento, tratando de limitar al máximo las cesáreas. El nacimiento debería desarrollarse en las mejores condiciones de intimidad, de respeto, de delicadeza, de calma, de libertad para dar a luz en las condiciones que resulten más cómodas a la parturienta (Ovalle, 2014).

2.2. Dimensiones del miedo al parto

Ibaldi (2017), en su trabajo “La función del dolor en el parto”, plantea la pregunta sobre la cronicidad simbólica del dolor femenino, es decir, como el dolor se ha naturalizado en las experiencias corporales de las mujeres y se ha vuelto parte del imaginario social sobre la femineidad. En nuestra cultura es normal asociar el dolor al parto, se entiende como algo sacrificado y costoso, incluso es normal referirnos a éste para hacer referencia de que algo costó mucho o dió mucho trabajo, nada más alejado del placer. Es por esto, que debemos entender que el parto doloroso es algo que se ha construido generacionalmente y constituye, de múltiples maneras, un constructo simbólico vinculado a la experiencia de parir. Desde esta perspectiva, el único punto que puede vincular dos dimensiones aparentemente opuestas, dolor y placer, es el miedo que produce parir.

² En Uruguay, el acompañamiento al nacimiento está garantizado desde el 2001 por la ley Ley N.º 17.386, que reconoce el derecho de toda mujer a estar acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto, el nacimiento y el puerperio.

³ En Uruguay el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha realizado esfuerzos orientados a promover una atención al parto más respetuosa y centrada en los derechos de las mujeres. En este sentido, en 2014 se presentó la *Guía para la atención del parto institucional*, en la cual se incorporan lineamientos y recomendaciones que promueven una atención más humanizada, basada en la evidencia científica, el respeto por los tiempos fisiológicos del parto, el acompañamiento durante el nacimiento y la toma de decisiones informadas. Estas orientaciones se inscriben en un enfoque que busca mejorar la calidad de la atención obstétrica y reducir prácticas intervencionistas innecesarias.

Rodrigañez (2009), entiende que la sociedad se ha conformado en torno a un mandato patriarcal y falocéntrico, en donde el placer femenino, así como la capacidad de decisión de la mujer en relación a su sexualidad, su vida y su cuerpo, quedaron desplazadas en la historia humana.

En la Época Contemporánea, los saberes vinculados al parto pasan a depositarse en la medicina, situado en un estereotipo de género masculino, y en el modelo tecnocrático y médico hegemónico. Esta visión masculina y medicalizada, atraviesa mucho más que los saberes con respecto al parto, sino que también ha configurado una visión sobre la mujer y el contacto con su propio cuerpo, incluidos el sentir goce y placer, dando la sensación de que todo tiende a ser regulado y controlado (David Floyd, 2001; Menendez, 1983).

Rodrigañez (2007) propone que el desconocimiento, en la sociedad occidental actual, de las capacidades uterinas para sentir placer es el gran causante del dolor en el parto. En esta línea, Mazoni y Carvalho (2008) sostienen que el dolor puede manifestarse incluso en ausencia de una lesión tisular concreta. Lo relevante, por tanto, no es el dolor como fenómeno aislado, sino la persona que lo experimenta y el modo en que lo vive, pero por sobre todo, la transmisión histórica-cultural sobre ella (Pereira et al., 2011).

Comprender la naturaleza de ésta experiencia permite orientar mejor la asistencia, atendiendo a la complejidad del fenómeno y a la interpretación subjetiva que cada mujer realiza sobre su dolor y sus causas. Reconocer la validez del dolor de parto y su carácter multidimensional posibilita diseñar intervenciones de alivio que actúen de manera eficaz sobre los mecanismos del sistema nervioso (Mazoni y Carvalho, 2008).

Resulta relevante distinguir entre dolor (soportable y transitable) y diferenciarlo del sufrimiento (aquel dolor que no es tolerable). Siguiendo a Cassell (1982), el dolor remite a una experiencia corporal y sensorial, mientras que el sufrimiento implica una amenaza a la integridad de la persona, a su sentido de control, dignidad y significado. En el parto, el dolor puede ser intenso pero transitable y dotado de sentido cuando la mujer se percibe acompañada, informada y protagonista del proceso. En cambio, el sufrimiento emerge cuando ese dolor es vivido como incontrolable, impuesto o asociado al miedo, la desinformación o experiencias de desamparo, lo que incrementa el temor al parto y la demanda de intervenciones medicalizadas (Kitzinger, 2006; Odent, 2013). Esta distinción fue formulada de manera sistemática por Cassell (1982), quien sostuvo que el sufrimiento no es idéntico al dolor y está estrechamente relacionado con la percepción de amenaza a la persona como un todo, incluyendo su identidad, autonomía y proyectos de vida.

En esta línea, Ibaldi (2017) retoma su perspectiva al analizar las técnicas de preparación para el parto y las estrategias de alivio del dolor, destacando que, para Consuelo Ruiz (s/f), el parto en sí mismo no debería doler. Por esto es importante repensar como la construcción de representaciones sobre el cuerpo inciden en la percepción y vivencia del dolor durante el nacimiento. Así también, propone que el dolor en el parto tiene una función en sí misma, como indicador de que algo está sucediendo, donde la apertura del canal de parto y el ensanchamiento de las caderas genera dolor. Lo que sí se puede controlar o mitigar es la intensidad del dolor y su forma de percibirlo.

En este marco, el parto puede adquirir dimensiones más profundas y complejas, llegando a transformarse en una fobia al parto, la cual conocemos como tocofobia⁴. La tocofobia se conoce como un miedo irracional e incontrolable al embarazo y al parto (Llano, 2022). Esta fobia se origina en posibles experiencias previas dolorosas o traumáticas, como en construcciones socioculturales que asocian el parto con sufrimiento, riesgo y pérdida de control sobre el cuerpo. Es un temor patológico, persistente y desproporcionado, el cual puede llevar a evitar el embarazo, solicitar cesáreas o tener consecuencias emocionales, como ansiedad intensa, entre otras (Hofberg y Brockington, 2000). Su incidencia se estima entre el 5 y 15% (Rodríguez y Pérez, 2022; Rondung et al., 2016).

Es por esto que se han desarrollado escalas y cuestionarios para evaluar las preocupaciones de las mujeres ante el parto, desde una perspectiva global, indagando en los aspectos que preocupan a las gestantes durante su embarazo y que pueden afectar a su bienestar psicológico. Algunas de estas escalas son: la escala *Cambridge Worry Scale*⁵, la escala *Oxford Worries About Labour Scale*⁶, la *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*⁷ que mide el miedo pre y post parto y la *Delivery Fear Scale*⁸ que mide el miedo durante el parto, entre otras (Rodríguez y Pérez, 2022).

⁴ Tomando en cuenta los aportes de Hofberg y Brockington (2000), se distingue entre tocofobia primaria (cuando aparece antes de cualquier embarazo, sin experiencia previa) y tocofobia secundaria (cuando surge tras un parto o embarazo traumático).

⁵ Esta escala mide la intensidad y el contenido de las preocupaciones durante el embarazo, incluyendo tanto aspectos específicos, salud del bebé, parto, complicaciones, como generales, situación económica o familiar (Green et al., 2003)

⁶ Evalúa preocupaciones concretas vinculadas al trabajo de parto y al nacimiento, tales como el dolor y las intervenciones médicas. (Redshaw et al., 2009)

⁷ Cuestionario de 33 ítems que valora el miedo al parto, tanto en su dimensión anticipatoria (antes del nacimiento) como experiencial después del parto (Wijma et al., 1998).

⁸ Esta escala proporciona una medida breve del nivel global de miedo específico al parto, centrado en la intensidad del temor ante el dolor, la pérdida de control y posibles complicaciones (Lowe, 2000).

Un estudio uruguayo mostró que las mujeres que han experimentado una experiencia negativa del parto vaginal, tienen hasta 5 veces más chances de presentar tocofobia en embarazos posteriores. Se ha estudiado una cantidad de variables sociodemográficas, las cuales se vieron asociadas al miedo al parto: bajo nivel educativo, edad joven, poco apoyo social, insatisfacción o poco apoyo recibido de parte de la pareja, antecedentes de depresión y ansiedad e historial de abuso (Rodríguez y Pérez, 2022).

El estudio de Alehagen et al. (2006), titulado “*Miedo al nacimiento (parto) antes, durante o luego del nacimiento*”, constituye un aporte fundamental para comprender la dimensión emocional del parto y las implicancias psicológicas del miedo asociado a esta experiencia. El objetivo de la investigación fue analizar las asociaciones entre el miedo al parto durante el embarazo, el miedo experimentado durante el trabajo de parto y el que persiste en el período posparto. Para ello, se evaluaron 47 mujeres, utilizando el cuestionario W-DEQ en diferentes etapas: durante el embarazo, a las 2 horas, 2 días y 5 semanas después del parto. Asimismo, se exploró si la utilización de analgesia epidural temprana se relacionaba con distintos niveles de miedo. Los resultados mostraron una relación entre el miedo expresado en el embarazo, el miedo durante las primeras fases del trabajo de parto y el miedo persistente en el posparto. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en los niveles de miedo prenatal entre quienes recibieron o no analgesia epidural, en cambio, las mujeres que sí la recibieron presentaron un mayor nivel de miedo posparto, lo que sugiere que la intervención médica no necesariamente atenúa la vivencia emocional negativa del parto.

Estos resultados son de gran relevancia para el campo de la psicología perinatal y los DSSyRR, debido a que entiende que el miedo al parto no puede abordarse solamente desde la perspectiva fisiológica del dolor. Se enfatiza así la necesidad de intervenciones integrales que contemplen la preparación emocional, la información clara y el acompañamiento psicológico antes, durante y después del nacimiento. Las prácticas despersonalizadas, las intervenciones no justificadas, el trato irrespetuoso, la infantilización o la imposición de decisiones médicas sin consentimiento han sido conceptualizadas como formas de violencia obstétrica⁹, entendida como una forma de violencia de género ejercida

⁹ Colocar a la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género que se expresa en el ámbito sanitario y que afecta el ejercicio pleno de los DSSyRR. Incorporar la categoría de género en el análisis de las relaciones entre usuarias y profesionales de la salud constituye un aspecto central para comprender cómo se configuran determinadas prácticas asistenciales. La forma en que se construyen y reproducen roles, estereotipos y jerarquías de género en el ámbito sanitario puede incidir directamente en la calidad de la atención brindada y favorecer dinámicas que vulneren la autonomía de las mujeres. En este sentido, considerar el género como una dimensión que estructura la interacción clínica permite visibilizar cómo ciertas prácticas naturalizadas dentro del sistema pueden comprenderse como formas de violencia obstétrica (Gallardo, 2022).

en el ámbito sanitario que vulnera los derechos de las mujeres (Bohren et al., 2015). Esta forma de violencia no solo implica un trato irrespetuoso o negligente, sino que expresa relaciones de poder históricas que subordinan la autonomía reproductiva, configurando un fenómeno estructural que se reproduce en las instituciones de salud.

Natalia Magnone (2023), aporta una perspectiva histórica al analizar la gobernanza reproductiva en la asistencia al parto en Uruguay, mostrando cómo el pasaje del parto del ámbito doméstico al hospitalario implicó procesos de medicalización, regulación estatal y profesionalización que consolidaron determinadas formas de autoridad sobre el cuerpo gestante. Esto permite comprender que las prácticas actuales son el resultado de configuraciones institucionales y políticas de larga duración que estructuran la relación clínica y delimitan, muchas veces, los márgenes reales de decisión de las mujeres.

Alehagen et al. (2006), por su parte, contribuyen a visibilizar el carácter psicosocial del parto, destacando que se trata de una experiencia que excede lo biológico, y que implica la autonomía, la seguridad emocional y la relación de cuidado entre la mujer y los profesionales de salud. Reconocer y atender el miedo al parto es una condición necesaria para garantizar un parto respetado, libre de violencia y sostenido en el respeto y acompañamiento.

Siguiendo esta línea, el acceso a la analgesia durante el trabajo de parto es un factor relevante a considerar. En Uruguay, hay importantes diferencias en función de la cobertura y los recursos económicos. Por ejemplo, fuera de los hospitales públicos como el Centro Hospitalario Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas donde la epidural se ofrece gratuitamente, el costo de la anestesista en centros privados alcanza un promedio de \$28.434 (pesos uruguayos), de acuerdo con datos difundidos por *El Observador*, salvo un número reducido de instituciones que brinda la cobertura sin costo adicional para sus usuarias (Gold, 2016). Para la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, el manejo adecuado del dolor, incluida la analgesia obstétrica es un componente central de la calidad del cuidado, y su actividad científico-profesional actual continúa promoviendo la formación y actualización de especialistas en este ámbito dentro del país

Además, en el mercado del parto con ginecóloga o partera de elección (es decir, no ser atendidas por el médico de guardia, sino por el profesional elegido), según datos de *El Observador* el costo puede ubicarse desde US\$ 800 hasta US\$ 4.000 (dólares americanos) según el profesional. Estas cifras evidencian que, aunque la técnica de alivio del dolor está disponible (ser acompañada por un profesional conocido y de confianza para la mujer), el

factor económico constituye una barrera real para muchas mujeres, lo que plantea un desafío para la equidad en la atención obstétrica. (Matyszczuk, 2018).

A partir de esto, la psicoprofilaxis obstétrica, también conocida como preparación para el parto o preparación para el nacimiento, surge como una estrategia preventiva y educativa destinada a acompañar emocional y cognitivamente a las mujeres y sus familias durante el embarazo. Martínez y Karchmer (2021) define la psicoprofilaxis como la “preparación física y psicológica de la pareja, para lograr el nacimiento de la forma más natural y más segura a través de un parto consciente y activo y, como consecuencia, sin sufrimiento” (p.362). Inspirada en los enfoques humanistas y en la educación para la salud, su objetivo es preparar a la persona gestante para vivir el nacimiento de manera consciente, informada y activa, disminuyendo el miedo y la ansiedad asociados al proceso de parto (Olza, 2017; Alehagen et al, 2006; MSP, 2019).

A diferencia del modelo biomédico, centrado en el control y la intervención técnica, la psicoprofilaxis promueve la comprensión de los procesos fisiológicos del parto, el fortalecimiento de recursos personales para el afrontamiento del dolor, y la participación activa de la pareja o persona acompañante como figura de sostén emocional. Este abordaje integral contribuye no solo a reducir el miedo, sino también a favorecer una experiencia positiva de parto y un mejor vínculo inicial madre–bebé (Alehagen et al., 2006; Olza, 2012).

El acompañamiento por parte de los equipos de salud es un elemento central en este proceso. Martin, (2019) señala que el modo en que los profesionales se vinculan con la gestante influye directamente en su percepción de seguridad, confianza y control durante el parto. La comunicación, la escucha, el respeto por las decisiones informadas y la presencia continua del personal capacitado son aspectos esenciales para garantizar una atención humanizada y libre de violencia obstétrica.

Sin embargo, en muchos contextos hospitalarios, el enfoque de la psicoprofilaxis se ve afectado debido a la lógica institucional de la eficiencia y el control, lo cual genera un escaso acompañamiento emocional durante el parto. Un estudio de (Alfaro et al., 2019) descubrió que una de las principales dificultades identificadas es la escasa información con la que muchas mujeres llegan al momento del parto, particularmente en lo relativo al manejo del dolor y a las distintas posiciones que pueden adoptarse durante el trabajo de parto. Esta falta de información no solo limita la posibilidad de tomar decisiones informadas, sino que también restringe el ejercicio efectivo de la autonomía. La ausencia de orientación sobre alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor, así como sobre la libertad de movimiento y las posiciones fisiológicas que pueden favorecer el proceso.

En contraposición a las concepciones que asocian el parto principalmente con el dolor y el sufrimiento, algunas investigaciones sostienen que este proceso también puede ser vivido como una experiencia placentera. Es así como algunos estudios plantean que es posible un parto disfrutable y hasta se ha llegado a teorizar sobre los partos orgásmicos (Rodrigáñez, 2007; Pascali-Bonaro, 2025; Walsh y Downe, 2010).

¿Qué necesita una mujer para parir? El famoso concepto de “planeta parto” Odent (2017) lo describe como parte de un proceso en el que “(..) en determinada fase del parto que llamamos fisiológico, la mayoría de mujeres parece que desconecta del mundo y se vaya a otro planeta”. Un estado alterado de consciencia conlleva una manera diferente de percibir y estar en la realidad. Para entenderlo se puede comparar con lo que significa tener fiebre alta, o estar intoxicado por drogas o alcohol. En estos estados no se puede responder a los estímulos de la misma manera que cuando estamos en estado de vigilia, es decir, plenamente despiertos. Sólo que, a diferencia de esos estados «tóxicos», el estar de parto es algo sano, fisiológico, producido por el propio cuerpo sin necesidad de sustancias externas. (Olza, 2017; p.35-36).

Pascali-Bonaro (2025) en sus trabajos exponen que la comprensión de las hormonas del placer, la sexualidad y el parto produce múltiples beneficios. Las hormonas del parto prolactina, oxitocina, adrenalina, betaendorfinas fluyen de forma similar a las del orgasmo. Estas actúan como analgésicos naturales, modulando la percepción del dolor y favoreciendo incluso sensaciones de placer o éxtasis en algunas mujeres.

Sin embargo, este delicado equilibrio neurohormonal requiere determinadas condiciones como intimidad, seguridad, disminución de estímulos externos y respeto por los tiempos propios para desplegarse plenamente. Cuando el entorno interfiere mediante intervenciones innecesarias, exposición excesiva o estrés, se incrementa la adrenalina, se inhibe la oxitocina y se altera, tanto la vivencia del dolor, como la posibilidad de experimentar el parto como proceso fisiológico e incluso placentero. El control del dolor no debe reducirse a intervenciones farmacológicas, sino que depende en gran parte del sostén emocional, relacional e institucional en el que la experiencia tiene lugar (Alayón Pirez, 2025).

2.3 Parto medicalizado: dilemas éticos

La cultura del parto en la obstetricia occidental contemporánea deriva de las convicciones de Descartes de la dualidad mente y cuerpo, ése como una máquina, bajo el dominio de la ciencia. En ese sentido, la cultura de la cesárea a pedido materno, parece tener sus

convenciones construidas en las representaciones sociales del médico, siendo él un profesional técnico que debe solucionar y no justificar los eventos (Helman, 2009).

La medicalización del parto y del cuerpo gestante constituye un proceso histórico y cultural mediante el cual la biomedicina ha extendido su poder sobre experiencias vitales, transformando lo fisiológico en objeto de control técnico e institucional (Vallana, 2020). Como señala Illich (1975), la medicina moderna ha expropiado a las personas su capacidad de vivir y enfermar de manera autónoma, subordinando la salud a la autoridad médica.

En esta misma línea, Conrad (2007) explica que la medicalización no sólo amplía el campo de acción de la medicina, sino que redefine comportamientos y procesos naturales como patológicos o de riesgo. Desde una mirada de género, Martín (2019) y Rothman (1982) destacan que el embarazo y el parto son ámbitos privilegiados de esta medicalización, en tanto el cuerpo femenino es conceptualizado como pasivo, frágil y necesitado de intervención. Estos mecanismos pueden comprenderse como expresiones del biopoder, donde la regulación médica del cuerpo se articula con discursos de normalización y control social que tensionan la autonomía reproductiva de las mujeres (Foucault, 1976).

Desde la perspectiva de la psicopolítica desarrollada por Han (2014), el control ya no opera únicamente a través de la coerción externa, sino mediante mecanismos más sutiles de interiorización y autoexigencia. En el contexto neoliberal, las mujeres no solo son intervenidas, sino que pueden llegar a demandar la intervención quirúrgica como forma de optimizar el proceso, evitar el dolor o gestionar eficientemente su tiempo. Así, la cesárea no funciona únicamente como técnica médica, sino también como dispositivo que articula biopoder y psicopolítica, donde la autonomía aparente puede coexistir con formas internalizadas de control sobre el cuerpo reproductivo.

En este sentido, emergen dilemas éticos fundamentales. Por un lado, la atención obstétrica busca garantizar seguridad y control de los resultados médicos, sin embargo, puede implicar la pérdida de la dimensión humana del parto, donde la voz, los deseos y las emociones de la mujer quedan subordinados a la lógica institucional. Ibone Olza (2017) en “Parir: el poder del parto” señala que la mujer que pare en el hospital no suele ser tratada como la protagonista de un proceso fisiológico y emocional complejo, lo que constituye vulneraciones éticas que afectan la vivencia del parto y pueden ser interpretadas como manifestaciones de violencia obstétrica.

Uno de los elementos fundamentales asociado al incremento de cesáreas y ,al dilema ético que esto genera en el sistema sanitario, es la influencia de la denominada medicina defensiva (Farias, 2024). La medicina defensiva constituye una forma no ética de ejercicio

profesional, en la medida en que el acto médico deja de tener como objetivo central al paciente y pasa a orientarse hacia la autoprotección del profesional. Esta práctica deteriora la relación médico-paciente, debilita la confianza mutua y contribuye al aumento de los costos del sistema de salud (Cubero, 2022; Sorrentino et al., 2022). Asimismo, dichos efectos impactan negativamente en la equidad y la distribución de recursos, vulnerando el principio de justicia en salud pública (Rudey, 2021).

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 (Farias, 2024, p.23)

En obstetricia, el miedo a una posible demanda se vincula con la percepción de que el parto vaginal expone a los profesionales en mayor medida a cuestionamientos legales que la cesárea. Esta percepción se apoya en que el equipo de salud debe agotar todos los recursos técnicos disponibles para evitar resultados adversos como la muerte, la discapacidad o el daño (Sorrentino et al., 2022). En consecuencia, la cesárea suele funcionar como un recurso simbólico y jurídico, al ser interpretada como la máxima intervención, aun cuando no garantice la prevención del desenlace que se pretendía evitar, ni implique necesariamente mejores resultados que el parto (Miguel Sesmero et al., 2021)

Cuando la cesárea a demanda se presenta como una alternativa equivalente al parto vaginal en embarazos de bajo riesgo, se desplaza al parto fisiológico como referencia principal y se consolida un modelo cada vez más medicalizado del nacimiento. Esto no solo impacta en las decisiones individuales, sino que transforma prácticas institucionales, formación profesional y percepciones sociales, favoreciendo la naturalización de la intervención quirúrgica como opción válida, aún sin indicación médica (Viroga et al., 2024a).

Beauchamp y Childress (2019) entienden que la beneficencia implica la obligación de promover el bienestar del paciente, mientras que la no maleficencia exige abstenerse de causar daño y evitar riesgos innecesarios. Así, la tensión entre el saber técnico y el respeto por la autonomía de las mujeres atraviesa los principales dilemas del parto medicalizado y cesáreas sin indicación médica. Frente a esto, la OMS (2018) sostiene la necesidad de recuperar una mirada integral del nacimiento, donde la intervención médica sea una herramienta disponible, pero no una imposición que desplace el protagonismo de la persona gestante. Desde una perspectiva ética y de derechos, garantizar un acompañamiento respetuoso, información clara y apoyo emocional resulta esencial para asegurar la seguridad física y emocional del parto.

Capítulo 3. ¿Qué puede influenciar el pedido materno de cesárea sin justificación médica?

3.1 Experiencias previas no satisfactorias o traumáticas

Considerando los aportes de Davis-Floyd (1993) y Olza (2017), la preferencia por una cesárea o un parto vaginal se configura a partir de experiencias biográficas tempranas, relatos familiares y sociales, vivencias previas con el sistema de salud y mandatos de género que organizan el sentido de lo seguro, lo correcto y lo posible en torno al nacimiento. Como plantea Olza (2017), el miedo al parto no surge espontáneamente, sino que se produce y se refuerza en contextos sociales donde el nacimiento se asocia al peligro, al dolor extremo y a la pérdida de control, mientras la cesárea se presenta como una alternativa previsible, segura, controlada y protectora.

Las experiencias previas de embarazo y parto son un factor central en la configuración de decisiones reproductivas posteriores. Lejos de quedar circunscriptas al momento en que ocurren, estas vivencias pueden dejar huellas emocionales y corporales persistentes que inciden en la manera en que las personas anticipan, planean y evalúan futuros procesos de gestación y nacimiento (Davis-Floyd, 1993).

Desde la psicología perinatal, Beck (2004) señala que determinadas experiencias obstétricas pueden ser vividas como eventos potencialmente traumáticos, con efectos duraderos en la salud mental materna y en la vivencia de embarazos y partos posteriores. En esta línea, Olza (2017) plantea también, que el miedo al parto no surge de manera espontánea, sino que se construye y refuerza a partir de experiencias previas de dolor, pérdida de control y vulneración durante el nacimiento, relatos familiares, discursos biomédicos, producciones mediáticas y mandatos de género.

Por su parte, Castro y Erviti (2015) muestran que las prácticas de violencia obstétrica, las intervenciones no consentidas y el trato deshumanizado en el ámbito sanitario influyen de manera significativa en la percepción del parto como una experiencia riesgosa, favoreciendo la preferencia por modos considerados más previsibles y controlables, cómo la cesárea.

Magnone (2011) muestra cómo las narrativas de las mujeres sobre el parto y la cesárea se estructuran en torno a ejes como el control, la seguridad y la confianza, o desconfianza, en el sistema de salud, evidenciando que el pedido de cesárea se produce en contextos donde

el parto vaginal aparece asociado al riesgo, la exposición y la vulnerabilidad. Estas narrativas permiten problematizar la noción de elección libre, al situarse en contextos atravesados por desigualdades simbólicas y asimetrías de poder.

De esta manera, es necesario entender que las lógicas de poder y la violencia está inserta en los sistemas y modelos de salud actuales. Magnone (2011) describe a la violencia obstétrica¹⁰ como un conjunto de acciones u omisiones por parte del sistema de salud que implican la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, la deslegitimación de su palabra y la restricción de su autonomía durante el parto. Estas prácticas incluyen intervenciones innecesarias o no consentidas, la imposición de decisiones, el trato deshumanizado y la negación de información clara y oportuna.

Entendemos por intervenciones innecesarias a aquellos procedimientos realizados en ausencia de indicación médica clara o basada en evidencia, motivadas por factores organizativos, institucionales o defensivos, más que por necesidades clínicas, conformando una forma de intervención que incrementa riesgos sin aportar beneficios proporcionales para la salud materna o neonatal (OMS, 2015; Davis-Floyd, 2001). En este sentido, muchas de estas prácticas se encuentran naturalizadas dentro de los equipos de salud y son presentadas como procedimientos rutinarios o necesarios, aun cuando resultan vividas como profundamente invasivas y violentas por las mujeres que transitan el parto.

Por otra parte, desde una perspectiva sociológica, Castro y Erviti (2015) señalan que la violencia obstétrica no se reduce a hechos aislados de maltrato, sino que se inscribe en un modelo de atención medicalizado y jerárquico que enfatiza el riesgo, desconfía de la capacidad de las mujeres para transitar un parto fisiológico y produce relaciones profundamente asimétricas entre profesionales de la salud y pacientes.

Olza (2017) advierte que las experiencias de violencia obstétrica durante el parto y el nacimiento pueden tener efectos emocionales duraderos, contribuyendo a la construcción del miedo al parto y condicionando decisiones reproductivas posteriores. Así, la violencia obstétrica afecta el momento del nacimiento, al mismo tiempo que genera consecuencias que inciden en la manera en que las personas anticipan y buscan controlar futuros partos, entre ellas la solicitud de una cesárea sin indicación médica.

¹⁰ En Uruguay, la Ley 19.580 (2018), sobre violencia hacia las mujeres basada en género, identifica como violencia obstétrica cómo una expresión de la violencia de género y la describe 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).

Estas experiencias, además, no permanecen en ámbito individual, sino que se transmiten y resignifican a través de relatos que circulan entre mujeres, amigas, madres e incluso hacia las generaciones siguientes, contribuyendo a la conformación de imaginarios colectivos sobre el parto y el nacimiento (Oakley, 1984).

Asimismo, el aumento de cesáreas a nivel mundial, responde a décadas de mal acompañamiento de partos y nacimientos, y no solo en lo obstétrico, sino también en mal acompañamiento de la salud reproductiva de las mujeres, poca educación sexual, poder de decisión y planificación de los embarazos, además de una fuerte medicalización de la experiencia reproductiva (Betrán et al., 2021). En una sociedad atravesada por nuevas formas de maternidad, postergación de la misma, menos cantidad de hijos y los descensos en la natalidad, incluso en estos contextos, el nacimiento y el acompañamiento durante el parto, se siguen vulnerando (Giddens, 1992).

Es así, que se vuelve necesario interrogar la delgada línea entre las prácticas obstétricas habituales y aquellas que resultan efectivamente invasivas, dolorosas y potencialmente dañinas. Sumado a que, en el imaginario contemporáneo, la intervención quirúrgica puede ofrecer la sensación de previsibilidad, rapidez y disminución del dolor, elementos que se vuelven especialmente significativos (Davis-Floyd, 1993).

La cesárea ocupa aquí un lugar clave, sabemos que es una intervención fundamental cuando existe indicación médica y es la única vía posible de nacimiento, pero también es una cirugía mayor que conlleva riesgos para la persona gestante y el feto, especialmente cuando se realiza sin una justificación clínica. Diversos estudios han señalado que la cesárea se asocia a consecuencias adversas tanto a corto como a largo plazo, incluyendo mayores tasas de morbilidad materna y neonatal, así como impactos en embarazos posteriores (Diniz et al., 2004; Keag et al., 2018). La naturalización de estas prácticas dificulta su problematización y contribuye a que intervenciones de alto impacto sean percibidas como seguras o inevitables.

La no consideración o el desconocimiento del plan de parto¹¹, la realización reiterada de tactos vaginales sin justificación clínica, la inducción o aceleración del trabajo de parto sin información suficiente, así como la ejecución de procedimientos dolorosos sin explicación previa constituyen prácticas ampliamente documentadas como generadoras de malestar

¹¹ El plan de parto es un instrumento central del enfoque de atención humanizada al nacimiento promovido por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2019). De acuerdo con el Decreto N.º 339/019, se trata del documento mediante el cual la usuaria expresa sus preferencias y decisiones respecto a la asistencia durante el trabajo de parto y el nacimiento, favoreciendo el diálogo con el equipo de salud y el ejercicio de la autonomía y el consentimiento informado, en función de las condiciones de salud maternas y neonatales (MSP, 2019).

físico y emocional (Bohren et al., 2015). A ello se suma la falta de acompañamiento continuo, la escasa contención durante el dolor y la ausencia de condiciones materiales y simbólicas adecuadas para transitar el parto de manera respetada, lo que contribuye a que una experiencia potencialmente fisiológica sea vivida como despersonalizada y potencialmente violenta (Davis-Floyd, 2001; Sadler et al., 2017).

Es por esto que el parto vaginal suele asociarse a la naturalidad y a la capacidad biológica del cuerpo gestante, pero también a la incertidumbre, el dolor y la pérdida de control, especialmente cuando existe un modelo tecnocrático de atención (Davis-Floyd, 2001; Oakley, 1984). Estas narrativas, frecuentemente atravesadas por el miedo y el sufrimiento, influyen en las expectativas y decisiones sobre la vía de nacimiento, favoreciendo en algunos casos la percepción de la cesárea como algo inocuo y más rápido e indoloro. (Sadler et al., 2017).

De ahí que la escasa información brindada a lo largo del embarazo y durante el trabajo de parto, junto con experiencias de soledad o acompañamiento insuficiente, constituye un factor central en la construcción de vivencias de desamparo, ansiedad y pérdida de control. Además de la ausencia de explicaciones claras, de instancias de escucha y de contención emocional, es como se refuerza una relación asimétrica con el sistema de salud y limita la posibilidad de transitar el parto como una experiencia informada y respetada (Sadler et al., 2017; Organización Mundial de la Salud, 2018).

Por un lado, el trauma uro-vaginal constituye una de las posibles consecuencias físicas del parto vaginal, especialmente cuando hay intervenciones obstétricas invasivas, desgarros severos o prácticas realizadas sin consentimiento. Este tipo de trauma incluye lesiones del periné, la vagina y el suelo pélvico, que pueden derivar en secuelas funcionales como dolor crónico, dispareunia, incontinencia urinaria o fecal y alteraciones en la vida sexual (Sultan y Thakar, 2002). El mal acompañamiento e información durante estas experiencias, determinan decisiones reproductivas posteriores, incrementando el miedo y el rechazo a la posibilidad de vivir, otra vez, una experiencia similar.

Estas lesiones no solo implican un daño corporal, sino que pueden vivirse como experiencias profundamente disruptivas, afectando la relación con el propio cuerpo y contribuyendo a la construcción del parto como un evento traumático (Beck, 2015). En este sentido, el trauma uro-vaginal puede operar como un factor de vulnerabilidad psicológica, especialmente cuando se asocia a experiencias de dolor no contenido, falta de información o trato despersonalizado, influyendo en el temor al parto vaginal y en posibles experiencias posteriores.

Estas condiciones adquieren, también, especial relevancia en mujeres con antecedentes de pérdidas gestacionales, para quienes el embarazo suele estar atravesado por un aumento del temor al riesgo y una mayor hipervigilancia respecto al propio cuerpo y al bienestar fetal. En este sentido, Côté-Arsenault y Donato (2011) describen cómo, tras una pérdida perinatal, muchas mujeres desarrollan estrategias subjetivas orientadas a amortiguar el impacto emocional de un posible nuevo desenlace adverso, lo que puede traducirse en una mayor necesidad de control, previsibilidad y seguridad. La elección de la cesárea puede comprenderse como una respuesta frente a experiencias de incertidumbre y sufrimiento, y no en una decisión basada exclusivamente en criterios biomédicos.

Sumado a esto, uno de los grandes antecedentes que comprometen la posibilidad del desarrollo de un parto vaginal y la solicitud de una cesárea, es el abuso sexual. Tal como se menciona anteriormente, el trauma uro vaginal asociado, constituyen un indicador importante en la solicitud de una cesárea a pedido materno, en tanto puede reactivar memorias corporales y emocionales vinculadas a situaciones de vulneración e invasión. En este sentido, diversos estudios señalan que, para mujeres con antecedentes de violencia sexual, el parto vaginal puede vivirse como una experiencia particularmente amenazante, especialmente cuando implica exposición corporal, tactos vaginales reiterados, procedimientos invasivos o dolor no contenido, lo que incrementa el riesgo de reexperimentación traumática y rechazo al embarazo, al bebé o directamente a la posibilidad de un parto vaginal (Ayers, 2004; Beck, 2015). En este contexto, la cesárea electiva forma parte de una estrategia de afrontamiento orientada a evitar la reactivación de vivencias traumáticas y a preservar la integridad corporal y psíquica.

Desde esta perspectiva, su elección no debe interpretarse como una respuesta irracional, sino como una decisión vinculada a experiencias traumáticas y profundamente desbordantes a nivel psíquico, que explican la necesidad de control, previsibilidad, acompañamiento y seguridad durante el nacimiento (Leeners et al., 2016).

Aquí se refuerza la importancia de que el equipo médico esté informado sobre antecedentes no solo obstétricos, escuchar cuales son sus miedos, temores o experiencias dolorosas que se reviven en una posterior experiencia de embarazo y nacimiento.

Ahora, ¿qué se entiende por trauma o experiencia traumática? Desde una perspectiva psicológica, una experiencia traumática no se define por las características de la situación, sino por la vivencia subjetiva de quien la atraviesa y por el contexto relacional en el que ocurre (Beck, 2015). Se considera potencialmente traumática aquella experiencia que implica una amenaza real o percibida para la vida o la integridad física o psíquica, que

desborda los recursos de afrontamiento disponibles en ese momento, y se acompaña de sentimientos intensos de miedo, vulnerabilidad y/o pérdida de control.

En esta línea, procesos habitualmente considerados fisiológicos pueden devenir en traumáticos cuando se desarrollan en contextos de escasa información, ausencia de consentimiento, falta de acompañamiento o trato despersonalizado (Ayers, 2004; Beck, 2015). Estas vivencias pueden dar lugar a manifestaciones emocionales como recuerdos intrusivos, evitación, hipervigilancia o malestar intenso, características del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Olza, 2012; Ramirez, 2020). Es importante aclarar, que aunque muchas personas lo vivan de esta forma, no todas las experiencias obstétricas adversas derivan necesariamente en un cuadro clínico de este tipo.

El debate en torno a la posibilidad de que la mujer solicite una cesárea sin indicación médica revela las tensiones que existen entre las prácticas obstétricas institucionalizadas y la capacidad de las personas para incidir en las decisiones sobre su propio cuerpo, y sobre su bebe (Diniz et al., 2015).

Y si la pregunta de por qué una mujer puede solicitar una cesárea, se responde, como muestran diferentes estudios, que sobre todo se debe al miedo (a daños al feto, al parto, al dolor, a la repetición de malas experiencias previas, al trauma uro vaginal...) en un momento histórico en el que en los países desarrollados, la morbimortalidad materna y fetal ha alcanzado mínimos históricos, la analgesia epidural está muy extendida, ¿no estará señalando que debemos poner en cuestión un modelo de atención que enfatiza los riesgos, desconfía de la capacidad de las mujeres de tener un parto fisiológico y les niega su protagonismo y derecho al control sobre su propio cuerpo? (Miguel Sesmero et al., 2021, p. 202).

La solicitud de una cesárea debe interpretarse más allá de lo visible, debe entenderse como una estrategia de afrontamiento que permite reducir la percepción de amenaza asociada al parto vaginal, particularmente cuando este es imaginado como un evento imprevisible, doloroso, estresante, poco acompañado o fuera del control (Ayers, 2004).

Resulta fundamental evitar enfoques patologizantes y reconocer la cesárea a pedido materno como una decisión totalmente atravesada por vivencias personales, experiencias emocionales y condiciones institucionales que moldean como se vive el embarazo y el parto (OMS, 2018).

3.2 Miedos o ansiedades ante este embarazo

La experiencia del embarazo en la actualidad se ha ido transformando, lo que nos exige pensarlo de forma compleja y en continua redefinición, que articula constantemente dimensiones subjetivas, sociales, médicas y culturales. Lejos de concebirse como un proceso exclusivamente biológico o naturalmente deseado, el embarazo en el siglo XXI aparece atravesado por miedos, ambivalencias y ansiedades que se vinculan con transformaciones más amplias en los modos de vivir la maternidad (Giddens, 1992).

Diversas autoras han señalado que las decisiones reproductivas contemporáneas se producen en contextos de mayor reflexividad, donde la maternidad deja de ser un destino incuestionable para convertirse en una elección que se evalúa, se posterga o incluso se rechaza (Giddens, 1992; Beck y Beck-Gernsheim, 2001).

La postergación del embarazo en las sociedades contemporáneas se vincula estrechamente con el descenso de la natalidad y la reducción en la cantidad de hijos/as por mujer. Diversos estudios demográficos y sociológicos señalan que el retraso en la edad del primer hijo tiende a acortar el período reproductivo, lo que impacta directamente en la fecundidad final, favoreciendo familias más pequeñas o incluso la decisión de no tener hijos (Beck y Beck-Gernsheim, 2001). En Uruguay, investigaciones lideradas por Cabella et al. (2023) muestran que la postergación de los nacimientos, con un aumento de casi dos años en la edad al primer hijo en menos de una década, ha sido el principal motor de la reducción de la tasa global de fecundidad, en particular entre mujeres jóvenes y adolescentes.

La edad del primer hijo varía ampliamente entre países y regiones, según datos del *World Factbook* de la Central Intelligence Agency (2025), la edad media aproximada es de 23,6 años en Filipinas, 27,9 años en Polonia y 29,7 o más de 31 años en España. Por su parte, en países miembros de la Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2024), que agrupan mayormente a naciones de ingreso medio y alto, la edad media al primer nacimiento ha aumentado de forma sostenida en las últimas décadas. Entre 2000 y 2022, el promedio pasó de aproximadamente 26–27 años a cerca de 29–30 años, evidenciando un proceso de postergación de la maternidad. Cabella et al., (2023) señalan que el aplazamiento de los nacimientos ha sido un componente central de la caída reciente de la fecundidad, este aplazamiento se asocia con mayores niveles educativos, mayor participación laboral femenina y transformaciones en las trayectorias familiares y de pareja.

En este escenario, la maternidad deja de organizar el curso de vida desde edades tempranas y pasa a ubicarse en etapas más avanzadas, luego de experiencias múltiples de

formación académica, inserción laboral, viajes y construcción de proyectos personales. Esping-Andersen (2009) sostiene que estos cambios forman parte de una transformación más amplia en los patrones familiares y reproductivos, desligados de los mandatos religiosos; se caracteriza por un aumento sostenido en la edad promedio al primer nacimiento y una disminución de la fecundidad, especialmente en sectores urbanos y con mayor nivel educativo. Estos procesos se inscriben, a su vez, en contextos de mayor acceso a educación sexual y a métodos anticonceptivos eficaces y oportunos, que permiten postergar la maternidad y planificar el embarazo de manera más consciente (Guttmacher Institute, 2024).

Distintas investigaciones muestran que el embarazo puede vivirse como una experiencia ambivalente, en la que coexisten expectativas positivas con temores vinculados al cuerpo, al parto, a la pérdida de control, al dolor, a la medicalización y a las responsabilidades del cuidado (Lupton, 1999; Miller, 2005). En particular, el embarazo reactualiza fantasías inconscientes, experiencias previas y mandatos sociales que inciden en la vivencia emocional de la gestación (Stern, 1995).

Asimismo, el discurso biomédico ocupa un lugar central en la producción de miedos durante la gestación. La creciente medicalización del embarazo y del parto ha contribuido a instalar representaciones del cuerpo gestante, un cuerpo que requiere control permanente y vigilancia técnica, por eso la gran cantidad de partos se dan en instituciones sanitarias (Oakley, 1984; Davis-Floyd, 2001). En este sentido, el miedo al parto vaginal, al sufrimiento propio o fetal, y a posibles intervenciones de emergencia, aparece como un elemento clave para comprender ciertas decisiones reproductivas, entre ellas la elección de una cesárea, incluso antes de saber si va a haber alguna complicación previa o en el momento del parto.

El aumento de la edad materna al momento del primer embarazo se vincula con una disminución progresiva de la reserva ovárica y de la fertilidad, lo que reduce las posibilidades de tener varios hijos y contribuye al incremento de los tratamientos de reproducción asistida como vía para concretar un embarazo. Esto refuerza inconscientemente, más aún, un embarazo con la necesidad de control y cuidado excesivo, aun en ausencia de un riesgo obstétrico real (Lupton, 1999; Greil, 1997).

En el caso de los embarazos logrados mediante tratamientos de reproducción asistida, los miedos y ansiedades adquieren características particulares, especialmente cuando se trata del primer embarazo y de mujeres que transitan la maternidad por primera vez. Diversos estudios señalan que estos embarazos suelen estar precedidos por procesos prolongados de búsqueda reproductiva, atravesadas por procedimientos médicos invasivos,

incertidumbre, pérdidas previas y una fuerte disposición emocional (Greil, 1997). Estas experiencias tienden a intensificar la percepción del embarazo como algo frágil, delicado y que debemos cuidar mucho, incluso cuando no hay nada malo en él; favoreciendo una vivencia marcada por el temor a la pérdida y por la necesidad de reducir riesgos lo más posible. En su tesis de doctorado, Farias (2024) introduce el término “bebés de oro”, para referirse a bebés que se consideran de especial valor por ser embarazos logrados luego de uno o varios tratamientos de reproducción asistida, embarazos que por la edad materna probablemente sean los únicos o embarazos luego de una o varias pérdidas gestacionales previas.

El número de hijos/mujer es cada vez menor, por lo que muchas mujeres son nulíparas (es decir, nunca antes han tenido un hijo o hija). La conjunción de la edad más avanzada y de la nuliparidad, representa un mayor riesgo para poder finalizar un embarazo por cesárea. Pero además, estas mujeres de mayor edad, son proclives a presentar patologías asociadas como diabetes, hipertensión, obesidad o incremento del IMC. De igual manera, los embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida (TRA), han incrementado la frecuencia del embarazo múltiple, condición obstétrica, que plantea per se, riesgos y complicaciones importantes, tanto fetales como maternas, así como importantes recursos socio sanitarios. (Miguel Sesmero et al., 2021, p. 49–50).

En estos contextos, la planificación exhaustiva, el control médico permanente y la búsqueda de seguridad aparecen como estrategias subjetivas para tramitar la ansiedad, reforzadas por el propio discurso médico que acompaña los tratamientos de fertilidad en esos casos (Lupton, 1999). La reproducción asistida suele consolidar un vínculo estrecho con la medicina, que habilita una mayor aceptación de intervenciones tecnológicas y procedimientos programados, en tanto ofrecen previsibilidad y control frente a un proceso vivido previamente como incierto. De esta manera, los miedos asociados al primer embarazo tras tratamientos de fertilidad deben ser parte de una experiencia reproductiva profundamente intervenida, donde la seguridad, la planificación y la anticipación ocupan un lugar central en la construcción de las decisiones.

Las decisiones vinculadas a la concepción, el embarazo y el parto se construyen en el interior de vínculos afectivos, atravesados por expectativas compartidas, asimetrías de poder, experiencias previas y condiciones específicas, además de deseos personales (Miller, 2005).

En particular, estos tratamientos y los embarazos muy esperados tienden a reforzar la idea del deseo reproductivo, en el que la pareja participa en la planificación, el seguimiento médico y la evaluación de riesgos de someterse a tratamientos invasivos, contribuyendo tanto al sostén emocional como a la toma de decisiones clínicas. Pastorino y Rossi (2023), señalan que estos procesos se acompañan de elevados niveles de ansiedad, incertidumbre y presión emocional, que pueden incrementarse ante la percepción de mayores riesgos obstétricos. De este modo, la planificación y el seguimiento médico configuran, muchas veces, una experiencia subjetiva atravesada por la vigilancia, el temor a la pérdida y la necesidad de un alto sostén emocional. Como plantea Lafuente-Funes (2021), la biomedicina y los mercados reproductivos amplían continuamente los límites de lo posible, reorganizando socialmente las expectativas en torno a la maternidad y legitimando la búsqueda del embarazo incluso mediante intervenciones cada vez más complejas.

Durante el embarazo, la presencia de la pareja puede funcionar como un factor de contención y protección, pero también como un agente que incide en la construcción de miedos y en la búsqueda de seguridad. La dimensión del soporte social es especialmente relevante si se considera que, los recursos de apoyo provistos por la pareja y la familia son determinantes en las trayectorias reproductivas de las mujeres, modulando tanto la experiencia subjetiva del embarazo como las expectativas y decisiones sobre formas de culminación del mismo (Farías, 2024). Estudios en el campo de la psicología perinatal muestran que el acompañamiento de la pareja influye en la forma en que se procesan la ansiedad, el temor al parto y las representaciones sobre el cuerpo, el dolor y el riesgo (Stern, 1995; Lupton, 1999).

En relación con el parto, las decisiones sobre el modo de nacimiento suelen construirse de manera compartida, aunque no necesariamente simétrica. Si bien el cuerpo gestante es el que experimenta el embarazo y el parto, la pareja puede incidir de manera significativa en la elección del tipo de parto, en la evaluación de los riesgos y en el vínculo con el equipo de salud (Davis-Floyd, 2001; Jordan, 1993). Debemos preguntarnos también de qué manera esa pareja acompaña el proceso de embarazo, desde la concepción hasta el parto, qué recursos tienen, como es su relación, si tuvieron o no psicoprofilaxis del parto, preguntarnos cuál es su historia, sus deseos, sus miedos.

En las mujeres primerizas, la cesárea suele ser construida como una garantía de control y seguridad frente a la incertidumbre del parto vaginal. Diversos autores señalan que la falta de experiencia previa, junto con discursos obstétricos centrados en el riesgo, favorece la presentación de la cesárea como una opción más previsible y manejable, aún sin indicación médica (Davis-Floyd, 2001; Diniz et al., 2015). En este marco, la seguridad se redefine en

términos de control institucional y reducción de la imprevisibilidad, condicionando las decisiones reproductivas de las mujeres (Magnone, 2011).

3.3 Los profesionales de la salud y la demanda inducida

¿Cómo acompañan los equipos de salud los nacimientos? ¿Qué recursos se necesitan y qué recursos existen? ¿Cuál es el valor de la opinión médica para las gestantes? Estas interrogantes permiten problematizar no solo las prácticas concretas sino el proceso de atención del parto más allá de la dimensión estrictamente clínica, incorporando el análisis de las condiciones institucionales, organizacionales y simbólicas que estructuran las prácticas de salud. Las decisiones médicas se producen en contextos concretos de trabajo, atravesados por lógicas de eficiencia, control del tiempo, disponibilidad de recursos y modelos hegemónicos de atención (Foucault, 1976; Oakley, 1984; Farías, 2024).

El síndrome de burnout ha sido ampliamente estudiado en profesiones de la salud, especialmente en el ámbito institucional. Según Maslach y Jackson (1981), el burnout se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal, dimensiones que resultan particularmente relevantes en equipos que trabajan con alta carga emocional y responsabilidad de vida, como la obstetricia.

El trabajo en el ámbito reproductivo y perinatal implica una exposición constante a situaciones de intensidad emocional, dolor, urgencia y toma de decisiones importantes, lo que incrementa el riesgo de desgaste psíquico. En profesionales de la obstetricia, el burnout se ve potenciado por condiciones institucionales adversas, tales como la sobrecarga laboral, la falta de recursos y los conflictos éticos derivados de modelos de atención medicalizados que entran en tensión con los ideales de una atención humanizada del nacimiento (Leinweber y Rowe, 2010).

En este contexto, el multiempleo aparece como un factor estructural relevante en la configuración del malestar laboral en el sector salud. Se ha estudiado ampliamente la relación entre el multiempleo y las consecuencias negativas que puede acarrear sobre los trabajadores (Patel et al., 2018). Por su parte, Farías (2024) retoma diversos estudios que señalan que las jornadas laborales extensas, sin horarios fijos y con desplazamientos constantes entre instituciones pueden generar estrés, distanciamiento, mecanización del trabajo y burnout, comprometiendo la calidad de la atención.

Desde una perspectiva organizacional, Maslach y Leiter (2016) sostienen que el burnout no debe entenderse únicamente como un problema individual, sino como el resultado de

condiciones estructurales del trabajo. En este sentido, el concepto de trabajo emocional (Hochschild, 2008) y la noción de fatiga por compasión (Figley, 1995) permiten comprender el impacto subjetivo del acompañamiento continuo del nacimiento y la importancia de generar estrategias de cuidado y sostén para los equipos de salud.

Por un lado, Hochschild (2008) afirma que el trabajo emocional refiere al proceso mediante el cual las personas regulan y gestionan sus propias emociones como parte de las exigencias de su rol laboral, y señala que, este tipo de trabajo implica suprimir, intensificar o modificar emociones para ajustarse a normas institucionales o expectativas profesionales. Por otro lado, Figley (1995) entiende a la fatiga por compasión como el costo emocional de cuidar a personas que atraviesan experiencias traumáticas o altamente estresantes, y la considera un factor de riesgo para el desarrollo del burnout en profesionales de la salud.

Esto explica el desgaste físico y emocional de los equipos de salud, que se traducen muchas veces en malas condiciones laborales, por tanto malas condiciones de atención. Además de vulneración de derechos, falta de acompañamiento, fragmentación del sistema, información insuficiente y procedimientos invasivos e innecesarios, pero más rápidos y eficaces.

Distintos estudios evidencian que las cesáreas fueron significativamente más frecuentes en instituciones privadas, en comparación con hospitales públicos (Yu et al., 2022 ; OMS, 2015) en donde el trabajo profesional tiende a ser más reglado y exigido (Farías, 2024). La situación actual de Uruguay se inscribe en este mismo patrón. En 2024 se registraron 29899 nacimientos, de los cuales el 51 % ocurrió por cesárea, una proporción que supera ampliamente las recomendaciones internacionales y que muestra una tendencia sostenida al aumento en los últimos años (48 % en 2021; 49 % en 2022; 50 % en 2023) (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2025; Organización Mundial de la Salud, 2015). Al analizar los nacimientos según tipo de establecimiento, se observa que en el sector privado se registraron mayores nacimientos vía cesárea (INE, 2025). Estos datos evidencian, incluso en un sistema de salud con cobertura universal, refuerzan la idea de que las prácticas institucionales y los modelos de atención desempeñan un rol central en la medicalización del nacimiento (Farías, 2024).

El mayor incremento de cesáreas en el sector privado puede comprenderse a partir de una combinación de factores económicos, organizacionales y laborales que inciden en la toma de decisiones clínicas. En estos ámbitos, la cesárea suele funcionar como una práctica más previsible, rápida y coordinable, lo que permite optimizar tiempos profesionales, reducir la

duración e incertidumbre del trabajo de parto y adecuarse a agendas médicas y a la lógica de eficiencia del sistema (Yu et al., 2022).

Es clave detenerse a hacer esta diferenciación entre ciudades del interior y Montevideo. Según Farias (2024) la menor cantidad de población en el interior, parecería favorecer un clima o un entorno menos estresante en la cotidianeidad de profesionales como también de usuarias y familias, fomentando mayor proximidad y acompañamiento de los trabajos de parto. Se percibe que la población de la capital del país es más abrumadora y demandante en comparación con el interior.

La cesárea es un procedimiento resulta funcional a esquemas de atención atravesados por incentivos económicos, en los que la programación del nacimiento facilita la organización institucional y la rentabilidad, aun cuando no existan indicaciones médicas estrictas (Betrán et al., 2021). 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 inducción de la demanda. 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” (Muineló et al., 2005, p. 3). Esto expone la posibilidad del médico de utilizar su poder y conocimiento para inducir una idea determinada, atentando directamente sobre los derechos de los usuarios (Farias, 2024).

En esta línea, Rivera (2021) muestra cómo, en contextos privados, la decisión sobre el momento del nacimiento tiende a desplazarse desde la fisiología del parto hacia las necesidades organizativas del sistema de salud, generando una inducción institucional a la cesárea que limita la autonomía de las personas. Entonces, ¿quién decide cuándo nacen los bebés?

En contraste, los hospitales públicos y en especial los centros de formación universitarios, posibilitan el desarrollo de más partos vaginales que cesareas. La presencia de estudiantes y residentes, motivados por el aprendizaje clínico, favorece una mayor disposición a sostener los tiempos del parto fisiológico y a acompañar procesos más prolongados. Asimismo, estos servicios cuentan con recursos humanos parcialmente no remunerados o de baja remuneración, lo que reduce la presión por la rapidez y la programación del nacimiento. La lógica de la salud pública, facilitan modelos de atención menos intervencionistas y más alineados con los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes, además de las recomendaciones internacionales, contribuyendo a menores tasas de cesárea en comparación con el sector privado (Farías, 2024; MSP, 2019).

El incremento de las cesáreas y su variabilidad institucional, tal como describen Miguel Sesmero (2021), no solo deben pensarse desde la noción de cesárea a pedido materno, sino también debe el marco de una demanda inducida, no siempre de forma explícita y directa, por el propio equipo de salud, producida por determinadas modalidades de atención y acompañamiento profesional. La presentación de la cesárea como una intervención más rápida, planificada y segura, junto con la incomodidad que genera el parto vaginal prolongado e incierto, contribuye a la normalización de la cesárea como práctica habitual, incluso en ausencia de riesgos médicos claros. Se evidencian de esta forma, tensiones persistentes entre los protocolos de atención al parto normal, orientados a reducir intervenciones innecesarias, y las decisiones individuales de los profesionales, atravesadas por intereses organizativos, temor a consecuencias legales y lógicas de medicina defensiva (Miguel et al., 2021; Farías 2024).

Magnone (2023), entiende que estas dinámicas forman parte de una gobernanza reproductiva que regula las decisiones de las mujeres desde marcos institucionales que limitan su autonomía efectiva, produciendo elecciones condicionadas más que elecciones libres. Por su parte, Cópola (2015) destaca que la gestión del riesgo obstétrico, la judicialización de la práctica médica, los modelos de atención centrados en la eficiencia y la previsibilidad, así como las expectativas sociales en torno al control del parto, contribuyen a consolidar a la cesárea como una práctica cada vez más frecuente.

Desde una perspectiva crítica del sistema de atención, Saforcada (1999, 2015) advierte que estas prácticas se inscriben en un modelo de salud que prioriza la eficiencia, el control del riesgo y la protección institucional por sobre el bienestar integral, mientras que Portillo (1993), permite comprender cómo la medicalización transforma intervenciones excepcionales en respuestas rutinarias, legitimando su uso y ocultando las relaciones de poder que las sostienen.

En su análisis, Farías (2024) retoma datos publicados por *The Lancet* que señalan que la cesárea ha aumentado 1,6 veces más que el promedio global en las instituciones privadas en comparación con las públicas, y que se utiliza hasta cinco veces más en los sectores de mayor nivel educativo, lo que sugiere que las indicaciones no se explican únicamente por condiciones de salud (Boerma et al., 2018). Asimismo, para el caso de Uruguay, la autora destaca que un estudio mostró que existe un 18 % más de probabilidades de finalizar el nacimiento por cesárea en el sector privado que en el público.

Es así, como la cesárea se consolida como una solución funcional al sistema y a los intereses tanto médicos como institucionales, antes que como una decisión centrada

exclusivamente en las necesidades y derechos de las mujeres gestantes, configurando formas de intervención clínica coercitiva (ICC) de carácter estructural. El concepto de ICC se utiliza para referirse a aquellas prácticas de atención en salud que, aun presentadas como clínicamente necesarias o rutinarias, se realizan en contextos de desigualdad de poder, sin un consentimiento plenamente libre e informado, y limitan el ejercicio efectivo de la autonomía de las personas gestantes. Diversos autores han señalado que este tipo de intervenciones no operan únicamente a través de la imposición directa, sino mediante mecanismos institucionales, discursivos y organizacionales que condicionan las decisiones reproductivas, configurando formas de coerción de carácter estructural (Davis-Floyd, 1993; Diniz et al., 2015).

De igual manera, debemos tener en cuenta los procesos inconscientes que atraviesa la práctica profesional y que influyen en la toma de decisiones obstétricas, tales como el miedo al error, a la pérdida de control y a la responsabilidad ante posibles desenlaces adversos. Estas representaciones, reforzadas por un sistema de salud altamente judicializado y orientado al control del riesgo, favorecen respuestas intervencionistas que funcionan como mecanismos defensivos tanto individuales como institucionales (Cóppola, 2015; Farías, 2024).

Es importante detectar el rol de otros profesionales de la salud en el desarrollo de una cesárea; 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), estudios como el de Farias (2024) revela que las parteras refieren dificultades para su incorporación real y efectiva como agentes de salud, con ejercicio pleno de su rol profesional en las salas de maternidad. Esto es particularmente preocupante, cuando diversos estudios han señalado que los modelos de atención que integran a parteras y personal de enfermería obstétrica, se asocian a mejores resultados perinatales, menores tasas de intervenciones innecesarias y mayores niveles de satisfacción de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (OMS, 2018; Sandall et al., 2016). Es por esto, que en donde predomina una organización del trabajo jerárquica y médico-centrada, el rol de otros profesionales de la salud como parteras y enfermeros tiende a verse limitado o subordinado, restringiendo su capacidad de intervención clínica (Sandall et al., 2016).

El síndrome de burnout, como ya lo desarrollamos anteriormente, es producto de condiciones laborales exigentes, sobrecarga asistencial y escaso sostén institucional, por lo que impacta en las modalidades de atención y acompañamiento (Maslach y Jackson, 1981). Según los aportes de Saforcada (1999), el sistema de atención no solo organiza recursos y

tiempos, sino que también moldea subjetividades profesionales, configurando prácticas que se naturalizan y reproducen sin ser necesariamente cuestionadas.

Es por esto que hablamos de una demanda inducida. La cesárea instalada desde el discurso médico como una necesidad, una forma de prevención al dolor y una posibilidad que está presente, aun así cuando no hay complicaciones clínicas. Es por esto que las modalidades de atención y acompañamiento profesional se estructuran de forma tal que la cesárea aparece como una alternativa legítima y funcional, exenta de riesgos (Muineló et al., 2005).

Del mismo modo, la indicación de cesáreas sin motivo médico, se ve reforzada por las consecuencias legales y simbólicas que enfrentan los y las profesionales en los sistemas de salud si una usuaria la solicita y no la cumplen. Muchos autores señalan que la obstetricia se desarrolla en un contexto de alta exposición al litigio, donde los eventos adversos del parto vaginal tienden a ser judicializados con mayor frecuencia que las complicaciones derivadas de una cesárea, aun cuando estas también impliquen riesgos significativos (Studdert et al., 2005; Cópola, 2015). Esta asimetría favorece prácticas de medicina defensiva, en las que la cesárea opera como una estrategia de autoprotección profesional frente a posibles demandas, desplazando el análisis clínico hacia una lógica de reducción de responsabilidad legal (Davis-Floyd, 2001; Cópola, 2015, Farías, 2024).

Debido a esto, las decisiones obstétricas responden a criterios médicos clínicos, y a la necesidad de resguardar al profesional y a la institución, configurando un escenario en el que las intervenciones se realizan sin ser problematizadas y donde las mujeres asumen, muchas veces, las consecuencias de decisiones tomadas bajo lógicas que favorecen al sistema (Sadler et al., 2017).

Por otro lado, la normalización de las cesáreas programadas y de aquellas definidas como innecesarias se articula, además, con otras intervenciones obstétricas que suelen concentrarse en un mismo acto quirúrgico, como la ligadura de trompas. Tal como señala Magnone (2011), la cesárea no solo habilita una forma particular de resolución del parto, sino que funciona como una oportunidad privilegiada para la realización de procedimientos sobre los cuerpos femeninos. En este marco, la esterilización quirúrgica (realizado como método anticonceptivo irreversible) puede ser presentada por el equipo de salud como una opción conveniente, eficaz o incluso lógica, bajo el argumento de hacer dos intervenciones en una. Es así que el campo médico no solo interviene sobre los cuerpos, sino que también produce marcos de legitimidad desde los cuales se delimitan las opciones consideradas racionales o responsables. Así, la oferta de la ligadura en el contexto de una cesárea puede

inscribirse en relaciones asimétricas de poder que tensionan el ideal de consentimiento informado y autonomía reproductiva, evidenciando prácticas de inducción de decisiones reproductivas, especialmente cuando las decisiones se toman en escenarios de vulnerabilidad, urgencia o dependencia institucional (Castro y Lopez, 2010).

Desde esta perspectiva y los aporte de la Asociación civil El Parto es Nuestro (2017), muchas cesáreas programadas se inscriben en un continuum de intervenciones innecesarias, legitimadas por criterios organizativos más que clínicos, lo que refuerza la sobre intervención del parto y de la capacidad de ejercicio de la autonomía reproductiva.

Conclusiones

La cesárea constituye una intervención quirúrgica imprescindible cuando existen complicaciones médicas que comprometen la salud o la vida de la persona gestante y/o del bebé. El problema no radica en la técnica en sí misma, sino en su uso desproporcionado y, muchas veces, desconectado de criterios médicos. (Madruga Garrido, 2024; Olza y Lebrero, 2012). La Organización Mundial de la Salud advierte que tasas superiores al 10–15% no se asocian con mejores resultados, lo que permite situar el aumento sostenido de cesáreas como un fenómeno que excede la necesidad clínica y ubica a el uso de cesáreas innecesarias como un problema actual de salud pública. Esto implica reconocerla como expresión de un modelo de atención obstétrica centrado en la intervención, más que en la promoción del parto fisiológico y humanizado (Farías, 2014).

Desde la psicología perinatal y desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, los motivos que llevan a solicitar una cesárea, aún sin causa clínica justificada, son amplios. Entre ellos, dimensiones culturales, institucionales y vinculares que influyen en la toma de decisiones en torno al nacimiento, incluyendo el miedo al dolor, las representaciones sociales construidas en torno al parto y la cesárea, y las formas de relacionamiento entre profesionales de la salud y pacientes.

La medicalización de la vida social, la patologización de los eventos reproductivos y la progresiva apropiación del embarazo/parto por parte del saber médico, así como la consolidación del modelo económico capitalista, favorecieron la instauración de un modelo de atención tecnocrático y hospitalocéntrico (Hutter, 2010; Magnone, 2022). Es importante analizar la cantidad de discursos que hacen sentir a las mujeres incapaces de atravesar procesos biológicos y naturales. La cesárea puede pensarse, además de como técnica médica, como un dispositivo donde la optimización, el control del dolor y la gestión del tiempo se presentan como elecciones autónomas e individuales, aunque estén atravesadas por formas sutiles de regulación sobre el cuerpo reproductivo (demanda inducida y medicina defensiva) (Han, 2014).

La cesárea a pedido materno suele presentarse bajo el discurso de la elección individual pero esta se produce dentro de un modelo de atención que ha medicalizado el parto y ubicado al cuerpo gestante como potencialmente riesgoso. El control de los cuerpos forma parte de mecanismos mediante los cuales el Estado y las instituciones regulan la vida, es por esto que el parto se convierte en un proceso administrado y totalmente manipulado (Foucault, 1976). Sin embargo, parir requiere tiempo, contención, acompañamiento,

condiciones que muchas veces escasean en sistemas de salud atravesados por lógicas de sobrecarga y mutiempo, además de burnout profesional.

Desde una mirada crítica vinculada a la violencia obstétrica, el miedo al parto puede entenderse como un factor que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres frente a prácticas despersonalizadas, intervenciones no explicadas o decisiones médicas tomadas sin consentimiento de la persona gestante, aumentando así el índice de cesáreas. Es por esto que el parto puede convertirse en una experiencia traumática, dolorosa, estresante, más que en un proceso acompañado, respetado, seguro, elegido, disfrutable y poco doloroso. La crisis actual en torno a la maternidad, la baja natalidad, responde, en parte, a años de mal acompañamiento de los procesos reproductivos, responde a abusos de poder, responde a la vulnerabilidad de la mujer en el momento de parir.

El parto humanizado aparece como respuesta a los grandes abusos de la tecnomedicina en los nacimientos. La humanización implica garantizar el respeto a los derechos y decisiones, además de el apoyo en el proceso fisiológico natural del alumbramiento (Walsh y Downe, 2010). Esto incluye preservar su privacidad, permitir la elección de acompañantes, brindar apoyo e información adecuada, y evitar intervenciones innecesarias o prácticas invasivas (Castro, 2014).

En conclusión, la cesárea a pedido materno se configura en un contexto donde confluyen, y a veces colisionan, la autonomía reproductiva y los límites éticos del ejercicio profesional. Reconoce a las personas gestantes como sujetos de derecho, implica validar su capacidad de decisión sobre el propio cuerpo, dicha autonomía no puede pensarse por fuera de las condiciones en que esa decisión se produce, como el acceso a información clara, teniendo en cuenta posibles experiencias previas de violencia obstétrica, traumas, miedos asociados al parto y las prácticas institucionales que moldean, muchas veces, las elecciones.

En este sentido, el debate no debería reducirse a aceptar o rechazar la cesárea cuando es solicitada, sino a problematizar las condiciones en las que se toman esas decisiones. Mejorar la calidad de la información, garantizar prácticas de parto respetado y promover cesáreas realizadas en condiciones humanizadas. Es por esto, que se deben construir marcos de atención que integren derechos, evidencia médica y cuidado respetuoso, permitiendo decisiones genuinamente libres y responsables. Este tema exige una reflexión constante sobre las prácticas de cuidado y los marcos desde los cuales se legitiman las decisiones en torno al nacimiento.

Referencias

- Aguirre, Rafael, Antón, José-Ignacio, y 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>
- Alayón Pirez, D. (2025). *Placer en el parto: ¿Una posibilidad?* [Trabajo final de grado, Universidad de la República] Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/51498>
- Alehagen, S., Wijma, B., y Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(1), 56–62. <https://doi.org/10.1080/00016340500334844>
- Alfaro, F., Barbier, A., Belzarena, C., Bengochea, L., Cardozo, B., y Posada, I. (2019). *¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R.* [Monografías de Pre Grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/33899>
- Antoine, Clavel, y 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>
- Arencibia, Ricardo (2002). Operación cesárea. recuento histórico. *Revista de Salud Pública*, 4(2), 170-185. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000200006&lng=en
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552–567. https://openaccess.city.ac.uk/2018/6/Delivery_as_a_traumatic_event.pdf
- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University.
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28–35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Beck, C. T. (2015). Middle range theory of traumatic childbirth. *Journal of Midwifery y Women's Health*, 60(4), 382–396. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5342633/>

- Beck, U., y Beck-Gernsheim, E. (2001). *Individualization: Institutionalized individualism and its social consequences*. Sage.
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Souza, J. P., y Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), e005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A.-B., Say, L., Hosseinpoor, A. R., Yi, M., Rebello, D., & Temmerman, M. (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)
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., y Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Cabella, W., Fernández Soto, M., Pardo, I. y Pedetti, G. (2023). *La gran caída. El descenso de la fecundidad uruguaya a niveles ultra-bajos (2016–2021)* [Documento de Trabajo N.º 11, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/37645>
- Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- Castillo Le-Bert, I. (2024). De libertades para nacer: Un análisis del parto hospitalario en Chile. *Revista Central de Sociología*, 19(19), 9–35. <https://centralsociologia.cl/index.php/racs/article/view/179>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de Salud Pública*, 30(2), 1–12. https://respectfulcare.eu/wp-content/uploads/2024/08/2022-Castro-R.-Farias-S.-Violencia-obstetrica-y-ciencias-sociales.-Estudios-criticos-en-America-Latina.pdf?utm_source
[e](https://respectfulcare.eu/wp-content/uploads/2024/08/2022-Castro-R.-Farias-S.-Violencia-obstetrica-y-ciencias-sociales.-Estudios-criticos-en-America-Latina.pdf?utm_source)
- Castro Pérez, R., y López Gómez, A. (Eds.). (2010). 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. *Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias*, UNAM.
<https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/book/131>
- Castro, R., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción y aborto*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/8852?utm_source
- Central Intelligence Agency. (2025). *Mother's mean age at first birth*.
<https://www.cia.gov/the-world-factbook/about/archives/2025/field/mothers-mean-age-at-first-birth/>
- Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., Yogasingam, S., Taljaard, M., Agarwal, S., Laopaiboon, M., Wasiak, J., Khunpradit, S., Lumbiganon, P., Gruen, R. L., y Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9), CD005528. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005528.pub3>
- Coloma, Marta, Gallardo, Margarita, Goya, María, Nandwani, Chirag, y 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>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University.
- Cóppola, F. (2015). Cesáreas en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 31(1), 7–14.
https://test.smu.org.uy/index.php/rmu/article/view/219?utm_source
- 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, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., y Dashe, J. S. (2010). *Williams obstetrics* (23rd ed.). McGraw-Hill.

- Côté-Arsenault, D., y Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 81–93.
https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/d_cotearsenault_emotionalcushioning_2011.pdf
- Davis-Floyd, Robbie (1993). The technocratic model of birth. En: S. Tower Hollis, L. Pershing, y M. Young (Eds.), *Feminist theory in the study of folklore* (pp. 297-326). University of Illinois.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology y Obstetrics*, 75(S1), S5–S23.
[https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- De Beauvoir, Simone (2011). *El segundo sexo* (7a. ed). Sudamericana
- Diniz, S. G., y Chacham, A. S. (2004). The cut above and the cut below: The abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 100–110. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)23112-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23112-3)
- Diniz, S. G., Salgado, H. O., Andrezzo, H. F. A., Carvalho, P. G. C., Carvalho, P. C. A., y Aguiar, C. A. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377–384.
<https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Esping-Andersen, G. (2009). *The incomplete revolution: Adapting to women's new roles*. Polity.
- El Parto es Nuestro (2017). *Cesárea: ¿Qué es? Tipos de cesárea. Indicaciones absolutas, relativas e innecesarias*.
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/indicaciones_d_e_cesarea_-_relativas_absolutas_y_no_justificadas.pdf?utm_source
- Farías, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia* [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Colibrí.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4473/1/Carolina%20Far%20Farias.pdf>
- Farías, C. (2024). *Los profesionales de la salud frente a la cesárea: Un análisis psicosocial de una relación compleja* [Tesis doctoral, Universidad de la República]. Colibrí.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/50094>

- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad (Vol. I: La voluntad de saber)*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. La Piqueta.
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R. M., Driscoll, D. A., Berghella, V., y Grobman, W. A. (2019). *Obstetricia. Embarazos normales y de riesgo* (7.ª ed.). Elsevier.
- Gallardo Duarte, R. (2022). Violencia obstétrica en Uruguay. Un enfoque de género y bioético. *Dilemata*, (37), 17–31. <https://dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000445>
- Gaskin, I. M. (2002). *Ina May's guide to childbirth*. Bantam Books.
- Giddens, A. (1992). *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. Stanford University.
- Gold, N. (2016, noviembre 6). Parir sin dolor. *El Observador*. <https://www.observador.com.uy/nota/parir-sin-dolor-2016116500>
- González, S., Castillo, L., Hernández, L., y Leiva, V. (2023). Cesárea por petición materna: Herramientas para su abordaje bioético. *Revista Médica del Uruguay*, 39(3), e39310. <https://revistamedicadeluruguay.com/articulo/cesarea-por-peticion-materna-herramientas-para-su-abordaje-bioetico>
- Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H. E., y Snowdon, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of Health Psychology*, 8(6), 753–764. <https://doi.org/10.1177/13591053030086008>
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679–1704. https://www.researchgate.net/publication/46501156_Infertility_and_psychological_distress_A_critical_review_of_the_literature
- Guttmacher Institute. (2024). *Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2024*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org>
- Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder.

- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença* (5ª ed., pp. 155–174). Artmed.
<https://www.scielo.br/j/rba/a/5D9QrxdXYGnzBLfzWMtcCFy/?lang=es> SciELO+1
- Hochschild, A. R. (2008). *La mercantilización de la vida íntima: Apuntes de la casa y el trabajo*. Katz.
- Hofberg, K., y Brockington, I. F. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 176(1), 83-85. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., y Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ*, (343, d4163).
<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hutter, Randi (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Turner.
- Ibaldi Suhr, F. (2017). *La función del dolor en el parto* [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibri.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10929/1/Ibaldi%20Suhr%2c%20Florenxia.pdf>
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barral.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2025). *Anuario Estadístico Nacional 2025. Indicadores demográficos*.
<https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/book/4150/download>
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States* (4th ed.). Waveland.
- Keag, O. E., Norman, J. E., y Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with caesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(1), e1002494.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Kingdon, Carol, Downe, Soo, y 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>
- Kitzinger, S. (2006). *Birth crisis*. Routledge.

- Lafuente-Funes, S. (2021). *Mercados reproductivos: crisis, deseo y desigualdad*. Katakarak Liburuak.
- Lagarde, M. (1996). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Horas y Horas. <https://traficantes.net/libros/claves-feministas-para-la-autoestima-de-las-mujeres>
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., y Rath, W. (2016). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, (83), 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.02.006>
- Leinweber, J., y Rowe, H. J. (2010). The costs of ‘being with the woman’: Secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), 76–87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18562056/>
- Llano, A. (2022, noviembre 4). *Tocofobia, el motivo por el que muchas mujeres eligen no ser madres*. El Español. https://www.elespanol.com/mujer/actualidad/20221102/tocofobia-motivo-muchas-mujeres-eligen-no-madres/715428481_0.html
- Lugones Botell, M. (2001). La cesárea en la historia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 27(1), 53–56. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100009
- Lupton, D. (1999). *Risk*. Routledge.
- Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 219–224. <https://doi.org/10.3109/01674820009085591>
- Madrugá Garrido, M. (2024). *Riesgos y complicaciones de la cesárea: Mayo Clinic*. <https://blog.centropediatria.es/riesgos-y-complicaciones-de-la-cesarea/>
- Magnone, Natalia (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Colibri. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/39668>
- Magnone Alemán, N. (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]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/33502>

- Magnone, N. (2023). Gobernanza reproductiva en la asistencia al parto en Uruguay. Una mirada en perspectiva histórica. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 8(1). <https://doi.org/10.29112/ruae.v8i1.1831>
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., y Morrison, J. (2020). Health equity in England: The Marmot Review 10 years on. *Institute of Health Equity*. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on/the-marmot-review-10-years-on-full-report.pdf>
- Martikainen, S., Kuitunen, I., y Malm, H. (2017). Long-term health outcomes in children born by cesarean section: A population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(3), 295–302. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aji.12621>
- Martín, M. T. (2019). El cuerpo embarazado como objeto de intervención: tensiones entre la autonomía y el control médico. *Revista de Ciencias Sociales*, 32(44), 53–70. Universidad de la República. <https://rcs.cienciassociales.edu.uo/index.php/rcs/issue/download/1/Texto%20completo>
- Martínez Schulte, A. y Karchmer Krivitzky, S. (2021). Psicoprofilaxis obstétrica: La realidad actual. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 19(3). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300361
- Más de la mitad de los nacimientos en Uruguay en 2024 fueron por cesárea. (2025, julio 12). *Telemundo*. <https://www.teledoce.com/telemundo/nacionales/mas-de-la-mitad-de-los-nacimientos-en-uruguay-en-2024-fue-por-cesarea-una-cifra-muy-por-encima-de-lo-recomendado-por-la-oms/>
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. . <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Matyszczuk, A. (2018, agosto 28). El mercado del parto: cuánto cuesta y qué opciones hay al momento de dar a luz. *El Observador*.

<https://www.elobservador.com.uy/nota/el-mercado-del-parto-cuanto-cuesta-y-que-opciones-hay-al-momento-de-dar-a-luz-201882812490>

Mazoni, S. R., y Carvalho, E. C. (2008). Dor de parto: considerações históricas e conceituais. *Revista Dor*, 9(4), 1176–1182.

Menéndez, E. L. (1983, 30 de abril–7 de mayo). *Modelo médico hegemónico y atención primaria* [Ponencia presentada en congreso]. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*.
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Miguel Sesmero, J. R. de, Quintana Pantaleón, C., y Odriozola Feu, J. M. (2021). *La cesárea: cuándo, cómo y por qué*. Universidad de Cantabria.

Miller, T. (2005). *Making sense of motherhood: A narrative approach*. Cambridge University.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guía para la atención del parto institucional*.
https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/9.manualparalaatencionenelprocesoembarazopartoypuerperiomsp.pdf?utm_source

Ministerio de Salud Pública. (2019). *Guía nacional de atención al embarazo, parto y puerperio*.
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_MANUAL_EMBARAZO_PARTO_PUERPERIO.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2019). *Recomendaciones para promover el parto fisiológico y disminuir cesáreas innecesarias*.
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_MANUAL_RECOMENDACIONES_MANEJO_SIT Obstetricas_VINC_CESAREAS_EVITABLES.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables*.
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_MANUAL_RECOMENDACIONES_MANEJO_SIT Obstetricas_VINC_CESAREAS_EVITABLES.pdf

Morales Calatayud, G. (1999). *Psicología de la salud: Fundamentos y aplicaciones*. Félix Varela.

- Muinelo, L., Rossi, M., & Triunfo, P. (2005). *Comportamiento médico: Una aplicación a las cesáreas en el Uruguay* [Documento de Trabajo, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/2023>
- Oakley, A. (1984). *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. Basil Blackwell.
- Odent, M. (2006). *La cesárea: ¿Problema o solución?* La Liebre de Marzo.
- Odent, M. (2013). *The functions of the orgasmic reflex*. Pinter & Martin.
- Odent, M. (2017). *El bebé es un mamífero*. OB Stare.
- Olivares-Albornoz, C. M. (2021). El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. *Perinatología y Reproducción Humana*, 35(3), 99–103. <https://doi.org/10.24875/per.20000020>
- Olza, I., y Lebrero, E. (2012). *¿Nacer por cesárea? Evitar cesáreas innecesarias. Vivir cesáreas respetuosas*. OB Stare.
- Olza, Ibone (2012, agosto 27). *Secuelas cerebrales de las cesáreas programadas*. <https://iboneolza.org/2012/08/27/las-secuelas-cerebrales-de-las-cesareas-programadas/>
- Olza, Ibone (2017). *Parir. El poder del parto*. Ediciones B.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Society at a glance 2024: Fertility*. OECD. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/06/society-at-a-glance-2024_08001b73/918d8db3-en.pdfhttps://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/06/society-at-a-glance-2024_08001b73/918d8db3-en.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. https://www.oas.org/dil/esp/convencion_sobre_todas_las_formas_de_discriminacion_contra_la_mujer.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. ONU. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

- Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. ONU. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. Naciones Unidas. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Resolución de la Asamblea General sobre salud sexual y reproductiva y derechos humanos*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9423.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)*. <https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/BelemDoPara-ENGLISH.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/sp/constitucion-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15_02_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Recomendaciones para una experiencia de parto positiva*. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12?utm_source
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Informe sobre cesáreas y tendencias globales*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/cesarean-section-global-trends-2023>
- Ovalle, A. (2014). Parto humanizado: Reflexiones desde la práctica clínica y la salud pública. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(3), 239–246. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000300009>
- Pascali-Bonaro, D. (2025). *Orgasmic birth: the anatomy of pleasure in childbirth*. PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12106321/>

- Pastorino, P. (2023). *Aspectos psicológicos en las técnicas de reproducción humana asistida: Revisión bibliográfica* [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/41300>
- Patel, Rikinkumar, Bachu, Ramya, Adikey, Archana, Malik, Meryem, y Shah, Mansi (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98. <https://www.mdpi.com/2076-328X/8/11/98/pdf>
- Pereira, R. R., Franco, S. C., y Baldin, N. (2011). El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, (61), 204-210. https://www.scielo.br/j/rba/a/5D9QrxdXYGnzBLfzWMtcCFy/?lang=es_SciELO+1
- Portillo, J. (1993). *La medicalización de la sociedad*. Nordan.
- Puleo, A. H. (2011). *Ecofeminismo para otro mundo posible*. Cátedra.
- Ramirez, Esther (2020). *Psicología del Posparto*. Síntesis.
- Redshaw, M., Martin, C., y Rowe, R. (2009). The Cambridge Worry Scale: Validation of the 13-item version in a population-based survey of women in the United Kingdom. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 548–559. <https://doi.org/10.1177/1359105309103575>
- Rich, A. (1976). *Of woman born: Motherhood as experience and institution*. W. W. Norton & Company.
- Rivera, D. (2021). *¿Quién decide cuándo nacen los bebés? Momento del parto y cesáreas en Colombia* [Tesis de maestría, Universidad de los Andes]. Séneca Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/1992/53582>
- Rodrigáñez, C. (2007). *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Crimentales.
- Rodrigáñez, C. (2009). *Parto orgásmico: testimonio de una mujer y explicación fisiológica*. https://sites.google.com/site/casildarodriganez/parto-org%C3%A1smico-testimonio-de-mujer-y-explicaci%C3%B3n-fisiol%C3%B3gica-marzo-2009?utm_source
- Rodríguez, F. y Pérez, A. (2022). *Cesárea por requerimiento materno en la maternidad de referencia de Uruguay* [Tesis de posgrado, Universidad de la República]. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1435255/rodriguez-florencia-perez-alexis-cesarea-por-requerimiento-mat_zitHOlz.pdf

- Rondung, E., Thomtén, J., y Sundin, Ö. (2016). *Psychological perspectives on fear of childbirth. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(10), 1127–1136. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007>
- 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>
- Saavedra, M. (2024, junio 20). *Estudio refleja “injusticia” y “disparidad” en los resultados maternos y perinatales del SNIS*. <https://www.búsqueda.com.uy/informacion/estudio-refleja-injusticia-y-disparidad-los-resultados-maternos-y-perinatales-del-snis-n5391666>
- Sadler, M., Santos, M. J. D. S., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., y Clausen, J. A. (2017). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/146253/Moving-beyond-disrespect-and-abuse.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención*. Paidós.
- Saforcada, E. (2015). *Salud colectiva y subjetividad*. Lugar.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., y Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
- Sarduy Nápoles, M. R., Molina Peñate, L. L., Tapia Llody, G., Medina Arencibia, C., y Chiong Hernández, D. de la C. (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
- Sociedad de Anestesiología del Uruguay. (2024). *Honorarios médicos y guías de práctica clínica*. <https://www.anestesiauruguay.uy>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2006). *Protocolo sobre cesárea*. SEGO.

- Sorrentino, Felice, Greco, Francesca, Palieri, Tea, Vasciaveo, Lorenzo, Stabile, Guglielmo, Carlucci, Stefania, Simone Laganà, Antonio, y Nappi, Luigi (2022). Caesarean section on maternal request-ethical and juridic issues: a narrative review. *Medicina*, 58(9), 1255. <https://doi.org/10.3390/medicina58091255>
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation*. Karnac Books.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., y Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293(21), 2609–2617. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/200994>
- Sultan, A. H., y Thakar, R. (2002). Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 16(1), 99–115. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693402902580>
- UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
- Uruguay. (2001, agosto 23). *Ley N.º 17.386*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/17386-2001>
- Uruguay. (2007, diciembre 5). *Ley N.º 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Uruguay. (2008, agosto 26). *Ley N.º 18.335. (2008). Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. [Capítulo III De los Derechos, Artículo 11]*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008/11>
- Uruguay. (2008, diciembre 10). *Ley N.º 18.426: Ley de Salud Sexual y Reproductiva*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Uruguay. (2018, enero 9). *Ley N.º 19.580: Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la ley 17.514*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Uruguay. (2019, noviembre 11). *Decreto N.º 339/019: Reglamentación de la Ley 19.580 (Ley de violencia hacia las mujeres basada en género)*. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/339-2019>

- Vallana, V. (2020). La enfermedad normal: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Revista Latinoamericana* (34), 90-107.
- Vedeler, C., Schauer Eri, T., Miodini Nilsen, R., Blix, E., Downe, S., van der Wel, K. A., y Nilsen, A. B. V. (2023). Women's negative childbirth experiences and socioeconomic factors: Results from the Babies Born Better survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, (36), 100850. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100850>
- Viroga, S., Briozzo, L., Cayssials, V., Rodríguez, F., & Pérez, A. (2024a). Cesárea por requerimiento materno y sus posibles determinantes: estudio de casos y controles en Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Revista Médica del Uruguay*, 40(3), e205. <https://doi.org/10.29193/rmu.40.3.5>
- Viroga, S., Guzmán, R., Yapor, M., Nozar, F., Fiol, V., y Briozzo, L. (2024b). Justicia reproductiva en Uruguay: Resultados materno perinatales en el Sistema Nacional Integrado de Salud. *Revista Médica del Uruguay*, 40(2). <https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/1080>
- Walsh D, y Downe S. (2010) *Práctica esencial de partería: atención intraparto*. Wiley. https://www.e-lib.consamichi.edu.ng/wp-content/uploads/2023/06/essential-midwifery-practice-intrapartum-care.pdf?utm_source
- Wijma, K., Wijma, B., y Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 84–97. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>
- Yu, S., Fiebig, D. G., Viney, R., Scarf, V., y Homer, C. (2022). Private provider incentives in health care: The case of caesarean births. *Social Science & Medicine*, 294, 114729. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114729>
- Zakerihamidi, M., Latifnejad Roudsari, R., Merghati Khoei, E., y Kazemnejad, A. (2015). Decision making for vaginal delivery in the north of Iran: A focused ethnography. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(Suppl 1), S37–S44. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.17000>