



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Producción teórica - Monografía

---

# PLANES DE PARTO

## UNA HERRAMIENTA DE EMPODERAMIENTO PARA LAS MUJERES

---

Manuela Leticia Cédres Lemos

CI: 5.154.340-3

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

Docente Revisora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Montevideo, Uruguay

Julio, 2024

## Tabla de contenido

<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1. Maternidad</b>	<b>7</b>
1.1 La maternidad como construcción sociohistórica	7
1.2 Madres y feminismos	11
1.3 Maternidad como experiencia personal	13
<b>Capítulo 2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de planes de parto?</b>	<b>17</b>
2.1 Historización del parto	17
2.2 Distintos tipos de planes existentes en el ámbito sanitario	22
2.3 Surgimiento de los planes de parto	23
2.4 Planes de parto a nivel internacional y nacional	29
<b>Capítulo 3. Planes de parto como herramienta de humanización</b>	<b>33</b>
3.1 Sujeta sujeta de derechos	33
3.2 ¿Decisiones personales versus decisiones institucionales? Claroscuro de los planes de parto	39
<b>Conclusiones</b>	<b>43</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>46</b>

## Resumen

El presente trabajo final de grado busca examinar los planes de parto, desde una perspectiva que abarca su evolución histórica, su intersección con el feminismo, y su rol en la humanización del proceso de parto.

Para poder indagar en este aspecto, es necesario entender el cambio y la evolución que han marcado a la maternidad y a los procesos de parto. Los dos conceptos han sido configurados de diferentes maneras dependiendo el momento histórico, cultural y político. Un punto clave de análisis es la relación entre la maternidad y los movimientos feministas. El feminismo ha cuestionado y redefinido los conceptos tradicionales de maternidad, abogando por los derechos y la autonomía de las mujeres.

El plan de parto es el foco central de este trabajo. Se investigará tanto el origen como las razones detrás de su aparición, así como su evolución y adopción en los sistemas de salud. Se argumenta que los planes de parto contribuyen a empoderar a las mujeres, pero también se explorarán las tensiones y desafíos que surgen a raíz del mismo.

En definitiva, esta monografía proporciona un análisis multifacético sobre la maternidad, el parto, y los planes de parto. Abordar estas dimensiones pone de manifiesto cómo un enfoque más humano y respetuoso puede transformar significativamente la experiencia del parto y los cuidados asociados, promoviendo un entorno que respete los derechos y necesidades individuales de las mujeres.

*Palabras clave:* maternidad, parto, planes de parto, feminismo

## **Agradecimientos**

A mis amistades, les agradezco profundamente por su compañía constante, su apoyo incondicional y por estar presentes en cada momento.

A mi amada familia, les doy las gracias por su amor sin condiciones, por su respaldo permanente y por estar a mi lado siempre.

A mis compañeros de facultad, gracias por las largas horas de estudio compartidas, por las risas y los llantos. Su ánimo, compañía y apoyo ha sido fundamental en este viaje.

A mis padres, Gastón y Natalia, gracias por su amor profundo. Su constante presencia, sus palabras reconfortantes y su cuidado han sido mi refugio y mi inspiración en cada momento. Su apoyo sin reservas ha sido un abrazo cálido que me ha sostenido en cada paso.

A Emanuel, mi pareja, gracias por siempre acompañarme, escucharme y sostenerme. Gracias por ser mi compañero y mi confianza incondicional.

A la Facultad de Psicología, por ser mi hogar académico durante estos años. Gracias por ofrecerme momentos valiosos, herramientas esenciales y un conocimiento que trasciende el estudio, impactando profundamente en mi vida. Gracias por ser una fuente constante de aprendizaje y crecimiento personal.

## Introducción

A lo largo de la historia, la maternidad ha estado cargada de significados y normas que han dado forma a los contextos sociohistóricos. Explorar las múltiples dimensiones de la maternidad y su relación con el feminismo, así como la experiencia subjetiva de la maternidad es fundamental. Esto nos permite luego poder situarnos dentro del contexto más amplio de los planes de parto como instrumentos para la humanización del proceso de nacimiento.

El parto es un momento bisagra en la vida, no solo de la mujer que está dando a luz, sino para la sociedad en sí, ya que la condición de todo ser humano es haber nacido. Por lo tanto, la psicología perinatal resulta fundamental, al enfocarse en brindar bienestar emocional y psíquico durante el embarazo, parto y postparto (Baró, 2022). Es esencial para promover un embarazo saludable, ya que proporciona herramientas para poder atravesar estas situaciones, generando una transición al rol de madre más amena. También resulta importante para poder fortalecer el vínculo entre madre y bebé desde las etapas tempranas, creando un apego seguro entre la díada madre-bebé, lo cual influye en el desarrollo del niño. Además, está comprobado que el estado emocional materno influye durante el embarazo, y puede afectar tanto su salud como la del bebé. Siguiendo a Baró (2022) poder abordar lo emocional no solo es una medida preventiva para mitigar futuros trastornos como depresión o ansiedad, sino que también constituye una oportunidad significativa para cultivar y fortalecer el bienestar psicológico a lo largo del ciclo vital.

En este contexto, el plan de parto se posiciona como un instrumento crucial que permite la aplicación práctica de los principios de la psicología perinatal en el acompañamiento de las madres durante el proceso de parto. Vazquez (2014) menciona que este documento no solo busca proporcionar una estructura organizada para la planificación del evento del parto, sino que también aspira a fomentar un entorno donde las madres puedan sentirse empoderadas y seguras, fortaleciendo así su confianza y conocimiento sobre las opciones disponibles y sus propias preferencias durante este momento significativo.

Vazquez (2014) hace referencia a que el avance del plan de parto es posible gracias a la evolución de los derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial. En este aspecto, podemos destacar que se ha avanzado en los derechos civiles que la mujer posee, obteniendo mayor protagonismo y participación en la esfera política y pública. Se han implementado legislaciones para eliminar la violencia de género y se ha avanzado también en mejorar el acceso de las mujeres a una salud integral.

En las últimas dos décadas, Uruguay registró avances significativos en la agenda de derechos sexuales y reproductivos. Esto se ha logrado no solo por las reformas generadas a nivel legislativo y de políticas públicas, sino también por los esfuerzos de la sociedad civil. Algunos de los marcos normativos que se han promulgado al respecto son: acompañamiento en el parto (Uruguay, 2001), defensa de la salud sexual y reproductiva (Uruguay, 2008), interrupción voluntaria del embarazo (Uruguay, 2012) y la prevención de la violencia hacia las mujeres (Uruguay, 2017). Por su parte, Uruguay cuenta con un marco de regulación que garantiza una atención integral en materia de salud reproductiva. Este marco incluye el acceso a servicios de salud materna, la atención durante el parto y el posparto.

Siguiendo al Ministerio de Salud Pública (2018) como consecuencia directa de la implementación de estas leyes, se han observado mejoras significativas en el ámbito de la obstetricia. A saber, Uruguay logró reducir la tasa de mortalidad materna y neonatal de manera considerable, como también se redujo la tasa de cesáreas innecesarias. Se ha garantizado el acceso a servicios de salud reproductiva, logrando así mejoras en la atención prenatal, esto promueve la atención y los controles necesarios que las mujeres embarazadas deben realizarse.

En nuestro país, se registran aproximadamente 32,301 nacimientos anuales (Censo, 2023). Garantizar que estos nacimientos se realicen de manera segura tanto psicológica como físicamente es una tarea de gran importancia, con consecuencias muy beneficiosas para la sociedad en general. El plan de parto integra los esfuerzos de la medicina y la psicología, lo que resulta en una mejora significativa en la salud mental no solo de las mujeres que dan a luz, sino también del colectivo social.

El objetivo de este trabajo es explicitar la importancia de los planes de parto, considerando estos como una herramienta esencial para el bienestar psico-bio-social de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y posparto. Los planes de parto representan un enfoque integral que aúna esfuerzos médicos y psicológicos para garantizar una experiencia de nacimiento segura y positiva.

# Capítulo 1. Maternidad

## 1.1. La maternidad como construcción sociohistórica

Existen diversas posturas y discursos sobre el concepto de maternidad. Hasta el día de hoy se discute si la maternidad es una condición natural o es una construcción sociohistórica. El sistema patriarcal, entendido como un sistema que le asigna distintos significados a lo que se comprende por mujer y hombre, subordina a la mujer, a lo femenino. Para este sistema la mujer es el sexo biológico secundario, inferior. Mientras el varón, lo masculino, es el sexo biológico primordial (Hooks, 2004).

Reguant (1996) citado en Varela (2008) considera que el patriarcado es una forma de organización no solo social, sino que también política, económica y religiosa, la cual se basa en la idea de autoridad y liderazgo por parte del varón, y en la cual predomina el hombre sobre la mujer. *“El patriarcado ha surgido de una toma de poder histórico por parte de los hombres, quienes se apropiaron de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su producto, los hijos (...)”* (Reguant, 1996, p. 20). Este sistema encasilla a la mujer en distintas categorías o roles a cumplir, primordialmente en el de madre. La mujer deja de ser pensada únicamente como sexo biológico, y comienza a ser comprendida como mujer equivalente a madre. Se le asigna la esfera privada, la casa, la crianza, etc.

Esther Vivas (2019) menciona que

El sistema patriarcal y capitalista, a partir de esta construcción ideológica, nos ha relegado como madres a la esfera privada e invisible del hogar, ha infravalorado nuestro trabajo y consolidado las desigualdades de género. Como mujeres no teníamos otra opción que parir, así lo dictaban la biología, el deber social y la religión. (p. 10)

Siguiendo a Simone de Beauvoir (1949), en su libro *“El segundo Sexo”*:

Por la maternidad la mujer realiza íntegramente su destino fisiológico; es su vocación «natural», ya que todo su organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie. Ya hemos dicho también que la sociedad humana nunca queda librada a la naturaleza. En particular, desde hace un siglo, la función reproductora no está exclusivamente controlada por el azar biológico; está controlada por voluntades. (p. 470)

En este fragmento podemos observar la discusión del binomio naturaleza/cultura. La maternidad entendida como un hecho “natural” comprende que el único destino posible para

la mujer es ser madre, es perpetuar la especie. Para el paradigma patriarcal ser madre no es solo parir, sino también criar, cuidar, y que esos niños, futuros adultos, sean individuos íntegros, socialmente adaptados. Por lo tanto, ¿puede ser entendido sólo como una cuestión de naturaleza?

La maternidad como un hecho biológico, alejado de lo social, determina que hay una sola forma de maternidad, por lo tanto para esta postura existe solo una forma de ser mujer. Si pensamos a la maternidad como una construcción sociohistórica, podemos ver como el asunto tiene diferentes aristas.

Para comenzar, no existe una única forma inquebrantable de matenar, sino que existen diversas maneras de ocupar ese rol, y a lo largo de la historia también han ido cambiando los roles y los mandatos.

Cristina Palomar (2005) en su texto *“Maternidad: Historia y Cultura”* plantea que la maternidad es una práctica en constante cambio y movimiento, donde el sentido se codifica conforme al contexto. *“Las madres tienen una historia y, por lo tanto, la maternidad ya no puede verse como un hecho natural, atemporal y universal, sino como una parte de la cultura en evolución continua”* (p. 40).

A lo largo del tiempo, ha cambiado como se percibe y significa la maternidad, influenciado por distintos factores, como religiosos, económicos, avances científicos, factores de género, etc. Sin embargo, un factor ha sido constante, la maternidad es pensada como el aspecto central de la identidad femenina.

Esther Vivas (2019) en su libro *“Mamá desobediente”* hace mención de:

A lo largo de la historia, la maternidad, como construcción social y cultural, se ha convertido en un destino ineludible para las mujeres. (...) Las mujeres hemos desaparecido tras la figura de la madre, en una sociedad que identifica feminidad con maternidad. Aunque la función materna ha ido variando(...), las madres hemos sido siempre, de un modo u otro, sujetos subordinados. (p 68)

En culturas antiguas, como la griega y la romana, la maternidad estaba estrechamente ligada al papel de la mujer como portadora de la descendencia y guardiana del linaje familiar. En la Grecia y Roma antiguas, la mujer ejercía su maternidad a la sombra de otro, el padre, que le permitía o no ocuparse sin ser dueña de decidir. *“Las hijas y los hijos*

*pertenecían al padre. Ellas, gestantes y nodrizas, carecían de derechos más allá de permanecer con sus criaturas a través de estar junto a él”* (Fernandez, 2020, p. 198).

En el contexto religioso, la maternidad ha sido venerada en muchas tradiciones, es así como en el cristianismo, por ejemplo, la figura de la Virgen María ha sido reverenciada como el modelo ideal de maternidad. De esta manera se eleva el concepto de maternidad a un estado sagrado. Pero, en la contracara, *“es el varón el que da vida a la mujer, naciendo Eva de Adán, quien es creado por Dios padre”* (Tubert, 1991, citado en Fernandez, 2020, p. 198).

Siguiendo a Esther Vivas (2019), se ha generalizado un ideal de maternidad, donde la madre debe ser una buena madre, siempre al servicio principalmente de su bebé, y en segundo lugar de su marido. Una madre perfecta, monógama, que se sacrifica por sus hijos y su esposo, y es feliz de hacerlo, dejando así de tener intereses propios (p. 9).

La construcción del concepto maternidad refleja las transformaciones en las normas de género, las estructuras familiares y las tecnologías reproductivas. Éstas últimas, han brindado la posibilidad de elección, de elegir cómo, cuándo, y de qué forma se desea concebir. Estos avances han ampliado las opciones reproductivas de las mujeres, permitiéndoles planificar sus embarazos de manera más controlada y acceder a la maternidad de formas antes impensables.

Más allá de la dicotomía naturaleza/cultura, en muchos casos la maternidad es deseada, pensada y planificada. La maternidad deseada es un concepto arraigado a la experiencia humana, refleja el anhelo y la voluntad de dar vida de manera consciente y deliberada. Fernandez (2020), en su libro *“Psicología del embarazo”* menciona que *“hablar de deseo implica considerar la propia sexualidad y la fisiología, a la vez que la identidad y el psiquismo de cada una.”* (p. 194). El deseo puede surgir por varios motivos, circunstancias y experiencias de vida, y de diversos factores, ya sean culturales, emocionales, biológicos, etc. *“Preguntar qué lleva a desear un hijo, qué lleva a ansiar un embarazo y en su caso a buscarlo activamente supone adentrarse en el mundo emocional y pulsional de cada madre”* (Fernandez, 2020, p. 195). Puede surgir de un deseo interno, impulsado por diversos factores, entre ellos el instinto biológico innato, un impulso biológico y genético de reproducirse y perpetuar la especie. Desde una perspectiva evolutiva, la reproducción es una parte integral de la supervivencia, y el deseo de tener hijos puede ser visto como una expresión natural de este impulso biológico. Para otras personas puede surgir por la influencia de factores sociales y culturales.

Patricia Fernandez (2020) considera que:

La manera en la que las mujeres transitamos hacia la maternidad es una cuestión compleja. Acercarnos a ella implica contemplar aspectos propios de la sexualidad y la fisiología femeninas, pero también de la psicobiografía de cada una, del legado que le deja su familia de origen y de la historia de las mujeres en su tiempo y cultura. Todos estos referentes conforman lentamente los modelos de feminidad de los que dispone cada una para construir su propia identidad y, como parte de ella también, la identidad materna. (p. 195)

El deseo de ser madre no es universal, las personas no lo experimentan de la misma manera o en el mismo grado. Estos motivos pueden variar significativamente de una persona a otra, y pueden estar influenciados por experiencias personales, relaciones interpersonales, valores personales y expectativas culturales. Las relaciones interpersonales, ya sea con su pareja o su familia, también cumplen un rol importante al momento de decidir la maternidad. En la actualidad, con los avances tecnológicos y el cambio en las estructuras familiares, se han abierto las posibilidades a nuevas maneras de maternar. Ya no solo las parejas heterosexuales conciben, sino que se diversificó la manera en que las personas deciden procrear, ya sea una maternidad en solitario, maternidad tardía, en parejas del mismo género, entre otras maneras como por ejemplo la maternidad adoptiva. Cada maternidad es distinta, y también sus motivos para serlo.

Entonces ¿qué es ser madre? Ser madre es una experiencia profundamente significativa y multifacética que va más allá de la biología y abarca una amplia gama de emociones, roles y responsabilidades. En su forma más básica y biológica, ser madre implica dar a luz y criar a un hijo. Desde el momento en que una mujer concibe, su cuerpo comienza a experimentar cambios físicos y hormonales que preparan el camino para la gestación y el parto.

Pero, Barfield (2000) menciona que *“no puede darse por sobreentendido que el parentesco se base en la biología, que la reproducción sexual cree vinculos sociales entre las personas”* (p. 280). Entonces, si el vínculo genético no es condición suficiente para establecer lazos de parentesco, podemos pensar entonces que es una cuestión social.

Pepa Hornos (2011) hace referencia a que son los vínculos afectivos verticales (padres e hijos) los que nos anclan a la vida, pero no los vínculos estrictamente biológicos, sino que hace mención de la elección, de las personas que eligen ser nuestros padres. *“Son los que configuran nuestra alma y nuestra identidad”* (Hornos, 2011, p. 15). Por lo tanto, podemos pensar a la maternidad en términos de elección, una puede elegir procrear, pero también puede elegir criar, cuidar, proteger, o no elegirlo.

## 1.2 Madres y feminismos

El feminismo ha sido un movimiento de gran influencia en la emancipación de la mujer. Ha desempeñado un papel crucial en la lucha por la igualdad de género y en la búsqueda de derechos y oportunidades equitativas para las mujeres en todos los ámbitos de la vida. Desde sus inicios, el feminismo ha desafiado las normas sociales y culturales que limitaban la participación de las mujeres en la esfera pública y las relegaba a roles domésticos y subordinados. *“El feminismo cuestiona el orden establecido”* (Varela, 2008, p. 9). El movimiento contribuyó a un cambio en la conciencia social, desafiando las nociones tradicionales de roles de género y fomentando la idea de que las mujeres son capaces de desempeñar cualquier función en la sociedad.

Nuria Varela (2008) menciona que:

El feminismo es un discurso político que se basa en la justicia. El feminismo es una teoría y práctica política articulada por mujeres que tras analizar la realidad en la que viven toman conciencia de las discriminaciones que sufren por la única razón de ser mujeres y deciden organizarse para acabar con ellas, para cambiar la sociedad. (p. 10)

Uno de los aspectos más destacados del impacto del feminismo en la liberación de la mujer ha sido el empoderamiento individual y colectivo que ha generado en las mujeres de todo el mundo. Siguiendo a Victoria Sau (2000) citada en Varela (2008):

El feminismo es un movimiento social y político (...) que supone la toma de conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano, (...) lo cual las mueve a la acción para la liberación de su sexo con todas las transformaciones de la sociedad que aquella requiera. (p. 12)

A medida que las mujeres han desafiado las estructuras de poder patriarcales y han reclamado su autonomía, han ganado confianza en sí mismas y han encontrado nuevas formas de expresar su identidad y perseguir sus objetivos. *“El feminismo es la linterna que muestra las sombras de todas las grandes ideas gestadas y desarrolladas sin las mujeres y en ocasiones a costa de ellas”* (Varela, 2008, p. 15).

El feminismo ha tenido un impacto significativo en la comprensión y el desarrollo del concepto de género, desafiando las nociones binarias y rígidas que tradicionalmente han definido los roles y las identidades de género en la sociedad. *“El concepto de género es la categoría central de la teoría feminista. La noción de género surge a partir de la idea de que*

*lo «femenino» y lo «masculino» no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales.» (Varela, 2008, p. 149).*

A lo largo de la historia el movimiento ha promovido una visión más amplia y diversa del género, reconociendo que las experiencias de las personas están moldeadas por una multiplicidad de factores, más allá de su sexo biológico. Una de las contribuciones más importantes al concepto de género ha sido la distinción entre sexo y género. Stoller (1964) citado en Hernández (2006) realiza una distinción entre sexo y género. Mientras que el sexo se refiere a las características biológicas y fisiológicas de una persona, el género se refiere a las expectativas sociales, roles y comportamientos asociados con ser hombre, mujer o cualquier otra identidad de género.

Comprendiendo que los roles asignados socialmente se entrelazan con los roles de género, podemos pensar en cómo esto afecta a la maternidad. Palomar (2005), en su texto *"Maternidad: Historia y Cultura"* afirma que *"es el género, en tanto conjunto de ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer en nuestra sociedad y en nuestro tiempo, lo que determina el fenómeno, tanto en lo subjetivo como en lo colectivo."* (p. 44).

El feminismo ha tenido un impacto histórico significativo en la percepción y el ejercicio del rol materno, desafiando las normas tradicionales que han limitado y estereotipado la experiencia de la maternidad a lo largo de los siglos. *"En el imaginario social, lo esencial en la feminidad, desde su construcción sociocultural, es lo natural, lo biológico, representado en la capacidad exclusiva de la maternidad"* (Hernandez, 2006, p. 4). A medida que el feminismo ha evolucionado, ha cuestionado y transformado las expectativas y presiones impuestas a las mujeres en su papel como madres, abriendo camino para una comprensión más amplia y equitativa de la maternidad. La maternidad no debería ser una obligación impuesta a las mujeres, sino una elección personal y una experiencia enriquecedora que debe ser valorada y apoyada por la sociedad.

La maternidad como una práctica en movimiento cuya fenomenología y cuyo sentido se modifican conforme el contexto se va transformando. Las madres tienen una historia y, por lo tanto, la maternidad ya no puede verse como un hecho natural, atemporal y universal, sino como una parte de la cultura en evolución continua. (Palomar, 2005, p. 40)

A través de la lucha por la igualdad de género, el movimiento feminista ha promovido la idea de que tanto las mujeres como los hombres son capaces y tienen derecho a

desempeñar roles activos en la crianza de los hijos, así como en la toma de decisiones relacionadas con la familia y el hogar. *“Desde la perspectiva de los derechos humanos, la igualdad no se refiere a la semejanza de capacidades y méritos o a cualidades físicas de los seres humanos, sino que es un derecho humano autónomo.”* (Facio, s/f, p. 67). Desde el movimiento feminista, se comprende que lo que se busca no es ser iguales en términos de semejanza, sino en poder garantizar la igualdad de derechos. *“la igualdad no es un hecho, sino un valor establecido precisamente ante el reconocimiento de la diversidad humana.”* (Facio, s/f, p. 67).

### 1.3 Maternidad como experiencia personal

Para Adrienne Rich (1976) *“el temor de la mujer y el misterio de la maternidad no han constituido para el hombre signos menos impresionantes que los temores y misterios del mundo de la naturaleza”* (p.158). La mujer y su cuerpo, con capacidades distintas a las del hombre, es un territorio de contradicciones, es un espacio de poder y vulnerabilidad (Rich, 1976). La mujer posee un gran poder, el de dar a luz, dar vida, pero también ha sido interpretado como el cuerpo débil y frágil. A la mujer socialmente se le asigna desde el nacimiento el rol de madre en potencia, ya sea con juegos o comentarios, pero no es así con la paternidad. El niño crece sabiéndose hijo de alguien, la mujer crece siendo hija de, y posible madre de. *“La mujer siempre se ha sabido hija y madre en potencia; en cambio, el hombre, en su disociación del proceso de concepción, se experimenta primero como hijo y sólo mucho más tarde como padre”* (Rich, 1976, p.176).

Joseph Campbell (1959) citado en Rich (1976) afirma que:

Sin duda, en las edades primitivas, la fuerza mágica de la mujer era tan prodigiosa como el mismo universo. Y esto (...) ha constituido una de las preocupaciones más importantes del sector masculino de la población, que se ha esforzado en quebrantarlo, controlarlo y utilizarlo para sus propios fines. (p. 172)

Entonces, Adrienne Rich (1976) menciona que es tal el misterio y el miedo que se le ha tenido a la maternidad y a la mujer, que antiguamente se le asignó a los espíritus de los muertos el acto de fertilizar a la mujer. No se reconocía la relación entre el acto sexual y el embarazo. *“(...) no se trataba solo de ignorancia, sino de una negación activa del papel paterno”* (p. 154). Aunque la gestación y la maternidad han estado en el centro de múltiples

tabúes, historias, estudios, entre otros, aunque se le ha temido y glorificado, hasta la actualidad la temática tiene distintas aristas y definiciones.

Para Casilda Rodrigáñez (2007) *“la verdadera maternidad no es esclavitud, ni carga ni enfermedad, sino una opción gozosa de desarrollo de nuestra sexualidad y de nuestras vidas”* (p. 23). La verdadera maternidad, sin ser pensada como misteriosa, se define como una opción de gozo y disfrute, que contribuye al desarrollo integral de la mujer, reconociendo su derecho a vivir y expresar su sexualidad y su vida de manera plena y satisfactoria. La maternidad es una experiencia profundamente personal y única que varía entre las mujeres. Es importante reconocer que cada mujer es única, su entorno, sus experiencias de vida, sus creencias. Estas diferencias marcan la manera en que la mujer concibe y experimenta su maternidad. Las circunstancias contextuales y culturales también desempeñan un papel crucial en la experiencia de la maternidad de una mujer. Factores como el apoyo social, el acceso a recursos y servicios de salud materna, las normas culturales sobre el papel de la madre, y las expectativas sociales y de género pueden influir significativamente en cómo una mujer vive y percibe su maternidad.

Pero también es cierto que no todo es color de rosas, Adrienne Rich (1976) se refiere a que el sufrimiento de la madre y la identificación primera de la mujer como madre es necesario para la base emocional de la sociedad humana. Pareciera que la sociedad sigue su curso solo si la mujer se reconoce como madre, si pone primero a sus hijos y a su marido antes que a sí misma, no importa que deje de reconocerse como persona íntegra, lo importante es que cumple su rol social. La autora esboza su experiencia como madre, y nos muestra cómo se nos ha enseñado que no podemos sufrir, que debemos amar incondicionalmente, que debemos ser felices y agradecidas de poder maternar. En su escritura hace mención de sus sentimientos de rabia, de cansancio y de desmoralización, repentinos ataques de llanto, y de cansancio. Pero también menciona sentimientos de placer, de goce, de felicidad, y de amor puro. *“Recuerdo, al principio, la sensación de conflicto, de un campo de batalla que ninguno de los dos había elegido, de ser una observadora que, me gustara o no, era, además, un actor en una lucha sin fin de voluntades”* (Rich, 1976, p. 62). Considerando esta cita, podemos entender a la maternidad como conflicto, como contradicción de emociones, es amar, pero también es cansancio, es querer estar con el bebé pero también necesitar y merecer un momento a solas. *“Es preciso decirlo: esta es la condición humana, la interpenetración de dolor y placer, de frustración y plenitud”* (Rich, 1976, p. 65).

En la actualidad el concepto de maternidad sigue siendo vinculado con un instinto, el instinto maternal. Elizabeth Badinter (1981) reflexiona sobre este concepto y menciona que

a partir del año 1760 se realizaron múltiples publicaciones que aconsejaban a las mujeres a ocuparse de sus hijos, ordenando e imponiendo que se realicen varias prácticas como darles el pecho a sus bebés. A partir de este momento se le asigna a la mujer un único rol, el de ser madre. De esta manera *“engendran un mito que doscientos años más tarde seguiría más vivo que nunca: el mito del instinto maternal, del amor espontáneo de toda madre hacia su hijo.”* (Badinter, 1981, p. 117). Este amor espontáneo e inquebrantable trae consigo el pensamiento de que una madre debe estar dispuesta constantemente a servirle a su hijo, no admite el cansancio, la tristeza o la incertidumbre. Badinter (1981) hace referencia a que la asociación de estos dos términos, el de amor y el de maternal, no es solamente la promoción del sentir de la mujer, sino la promoción de *“la mujer en tanto madre”* (p. 118). Se le asigna así el poder a un instinto biológico, de supervivencia, el instinto maternal y la madre a merced de su bebé.

Elizabeth Badinter (1981) menciona que:

Hemos concebido durante tanto tiempo el amor maternal en términos de instinto, que de buena gana creemos que se trata de un comportamiento arraigado en la naturaleza de la mujer cualquiera sea el tiempo y el espacio que la rodean. (...) Como si se tratara de una actividad preformada, automática y necesaria que sólo espera la oportunidad de ejercerse. Como la procreación es natural, nos imaginamos que al fenómeno biológico y fisiológico del embarazo debe corresponder una actitud maternal determinada. (p. 12)

Siguiendo esta cita, el pensamiento de que la maternidad surge de un instinto amoroso y biológico es una concepción, un pensamiento que se ha arraigado a la sociedad, tanto así que no se lo cuestiona. Este pensar instalado socialmente como un mito, trae también arraigado el concepto de que todas las maternidades son y deben ser iguales. Maternidades amorosas, felices, completamente deseadas y planificadas, madres ansiosas de cumplir su único rol destinado en la vida. El sentimiento de satisfacción personal y de plenitud pueden estar presentes en algunas mujeres, mientras que en otras no, de igual manera lo que una mujer siente no será exactamente igual al sentir de otra. Por lo tanto todas las maternidades son diferentes y se experimentan de manera personal. Además de cada maternidad vivirse distinto, también se experimenta distinto el camino a ser madre. El concepto de autonomía reproductiva es fundamental en base a que la mujer pueda trazar y decidir su futuro. *“La autonomía reproductiva refiere a la capacidad de tomar decisiones en esta dimensión de la vida a partir de la evaluación crítica de las estructuras de sometimiento y a su vez contar con las condiciones para materializar tales decisiones”* (Magnone y Viera, 2015, p. 133). La autonomía reproductiva y el derecho a decidir son componentes

fundamentales de los derechos humanos. Poder promover estas dos cuestiones implica garantizar que las mujeres puedan ejercer de manera plena sus derechos sexuales y reproductivos. No es solamente poder informarse en sus opciones, sino poder contar con las condiciones que se necesiten para llevar a cabo esa decisión. Fernandez (2006) en Magnone y Viera (2015) define a la autonomía reproductiva como “*el grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de otros*” (p. 135).

Magnone y Viera (2015) plantean que en el momento en que coexisten métodos anticonceptivos y tecnologías de reproducción, y la maternidad comienza a pensarse en términos de proyecto y no sólo como designio natural, la separación entre la sexualidad y la reproducción comienzan a ser no solamente algo simbólico, sino que también material. Esta separación simbólica y material implica que estas dos cuestiones se consideren y se traten por separado, pensando en la sexualidad desde una perspectiva de placer y la reproducción desde una perspectiva biológica.

Roberto Castro y Alejandra López (2010) mencionan que

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, la comunidad de naciones adoptó una definición de salud reproductiva que permite dejar atrás la visión fragmentada que por muchos años prevaleció en relación a los diversos aspectos de la reproducción. El gran avance de este nuevo concepto radica simultáneamente en la visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y en la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los *derechos humanos*. (p. 53)

Poder tener una visión integradora de la sexualidad y la reproducción abre las puertas a un nuevo campo para las mujeres. Esta nueva visión crea las condiciones para que las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera libre. Aunque exista una dualidad social entre la sexualidad y la reproducción, es de vital importancia poder visualizarlo en conjunto. Poder pensar estos dos elementos de manera integrada es elemental para generar una salud reproductiva plena.

El concepto de salud reproductiva no es solamente la ausencia de enfermedad en la reproducción, sino que es un estado de bienestar físico, mental y social en los aspectos relacionados al sistema reproductivo. Este concepto “*incluye el derecho a la salud sexual, que a su vez incluye el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura, y sin riesgos*” (Castro y López, 2010, p. 53). También incluye el derecho de poder acceder a la información necesaria para poder decidir.

## Capítulo 2. ¿De qué hablamos cuando hablamos de planes de parto?

### 2.1 Historización del parto

El parto puede ser pensado como el proceso por el cual una mujer da a luz a su bebé, pero no es solo eso. Para Ibone Olza (2017) *“estar de parto es una genuina alteración del estado de conciencia. Estar de parto es una manera diferente de estar en la realidad, de percibir el mundo, de sentir los estímulos sensoriales, de vivir el paso del tiempo”* (p. 35). Para esta autora, el parto es una experiencia transformadora. Para ella, el proceso del parto provoca un cambio significativo en la forma que la mujer experimenta al mundo. *“El parto es un profundo viaje interior, una vivencia que puede incluso rozar lo místico”* (Olza, 2017, p. 41).

Además de ser un viaje de descubrimiento, el parto como acto también impacta en lo social. Randi Hutter (2010) menciona que las ideas que se tienen sobre el embarazo y el parto moldean a la sociedad. El parto no es solamente el acto de parir, no es meramente biológico, sino que es un símbolo de la sociedad. Símbolo que ha reflejado como históricamente se ha concebido el ser mujer. El parto es una experiencia que va más allá del propio acto, el cual se ha utilizado para construir y comprender la identidad de las mujeres. Así como el concepto de mujer y de maternidad cambia en el tiempo, también lo hace el concepto de parto. La mujer, la madre, el embarazo, y el parto son términos que han ido de la mano.

Realizando un breve recorrido por los cambios que han acontecido en cuanto al parto, Hutter (2010) plantea que durante la antigüedad, el parto era sólo asunto de mujeres, pero orquestado por hombres, los cuales nunca habían visto a un niño nacer. Ellos escribían los manuales con recomendaciones a llevar a cabo. Los partos los realizaban las comadronas, mujeres especializadas en esa área, las cuales acompañaban todo el proceso, en el embarazo, en el parto y en el posparto, los hombres no podían ingresar al parto ya que era considerado obsceno. En esta época, la sociedad devota a la religión consideraba que sufrir en el parto era *“una obligación celestial”* (Hutter, 2010, p. 19). Por lo tanto, el parto debía ser doloroso, ya que si se realizaba con placer no estaban siguiendo las reglas impuestas por Dios.

Hutter (2010) menciona que

Hacia finales del siglo XVI, los médicos habían empezado a empañar la reputación de las comadronas para hacerse ellos un hueco en el negocio hasta entonces copado por las mujeres. Con todo, la industria del parto no cambió por completo hasta la llegada de las herramientas obstétricas. Estas herramientas proporcionan a los hombres algo que las parteras carecían, y con ellas el parto dejó de ser un viaje en gran medida espiritual para convertirse en un procedimiento médico. (p. 29)

Con anterioridad a la llegada de las herramientas obstetricias, el parto era una situación natural y espiritual. Se realizaba en cuclillas, aprovechando la misma fuerza de gravedad para que el bebé pudiera salir al exterior.

Luego de la llegada de estas herramientas, el parto comenzó a ser médico, y los hombres ganaron terreno en esta práctica. Con la entrada del Fórceps en el siglo XVII se generan varios cambios, los partos comienzan a ser en hospitales y ya no en la casa de la mujer, y se comienza a utilizar la camilla para mayor comodidad de los médicos de la época.

Las mujeres se vieron por primera vez en la tesitura de tener que decidir hasta qué punto querían que el nacimiento de sus hijos fuera un asunto íntimo. Cuando pedir medidas extraordinarias y cuando dejar que la naturaleza siga su curso. Este debate comenzó en el siglo XVI y sigue con vigencia. (Hutter, 2010. p. 32)

En este momento comienza a existir una lucha de poder entre médicos que consideraban que los partos intervenidos médicamente eran mejores, y las comadronas que afirmaban que las herramientas obstétricas eran *“un peligroso sustituto para las manos de las parteras”* (Hutter, 2010, p. 42).

Aunque es real la lucha y se creía que los hombres habían visto su oportunidad para adueñarse también del momento del parto, muchas mujeres de la época defendían esta invención.

En la medicina, traer niños al mundo no era una especialidad médica, sino que era una actividad secundaria. Muchos de los avances realizados en esta práctica se dieron en el marco de situaciones que hoy serían consideradas muy poco éticas.

Con los doctores ganando terreno en esta área, se implementan las clínicas de maternidad. En este momento los doctores decían que *“no hay un solo factor que pueda contribuir más a*

*poner fin a la deplorable práctica de recurrir a parteras que la alternativa que ofrece nuestra maternidad"* (Hutter, 2010, p. 71). Los doctores consideraban que las matronas no tenían conocimiento científico sobre la práctica, pero la realidad es que ellos, como era una práctica secundaria, tampoco contaban con especializaciones reales.

Comenzar a parir en los hospitales y ya no en la casa no supone solamente un cambio de entorno físico, sino que suponía pasar de parir en un ambiente familiar con sus seres amados, a comenzar a parir en una institución con desconocidos alrededor.

Sumado a las clínicas maternas, se comienza a utilizar también fármacos en el parto. Hutter (2010) menciona que estos fármacos se comienzan a utilizar cuando se generó la primera ola del feminismo. Las mujeres, cansadas de sufrir en el parto, optan por estos partos en clínicas y con administración de fármacos. *"(...) las drogas no solo eran una opción mejor, sino que dar a luz de forma natural era peligroso"* (Hutter, 2010, p. 90). Así, el parto comienza a ser un acto más artificial que natural.

Se comienzan a popularizar también las cesáreas. Siguiendo a Hutter (2010) antiguamente las cesáreas no eran operaciones quirúrgicas que salvaran vidas, sino que eran rituales mortales que se practicaban cuando la mujer ya casi no respiraba y necesitaban salvar al bebé.

Hutter (2010) en su libro menciona que la doctora Florence Haseltine, en 1979, decide que se le practique una cesárea, aunque no había motivos médicos para realizarlo.

No consideraba que un parto natural, sin tecnología y anestesia, sea una prolongación de los derechos de la mujer. El feminismo para ella significa tener acceso a la información suficiente para comprender las opciones médicas y exigir la más conveniente. "Una mujer se queda embarazada para tener un hijo, no un parto". (p. 150)

De esta manera, se popularizó tener hijos pero sin partos, las mujeres se despertaban ya con un bebé limpio en brazos. Y esto para ellas era una lucha ganada del feminismo.

Todos estos cambios en el parto, las luchas de poder, llevan a que se genere un movimiento por el parto natural. Las mujeres partidarias de este movimiento, siguiendo a Hutter (2010), plantean que ellas no están revolucionando nada, sino animando a otras mujeres a dar a luz de forma apacible, o por lo menos a que puedan plantearse por qué deciden cómo deciden.

Desde siempre, estos cambios se han generado en parte por el deseo de poder decidir de la mujer. Muchas de las cuestiones que se han popularizado, por más que no sean las mejores prácticas ni intervenciones, tienen como base a la mujer ejerciendo su derecho a la decisión.

Desde una perspectiva biológica, Ibone Olza (2017) menciona que el parto no es una enfermedad, el parto fisiológico es *“una madre sana pariendo un bebé sano a término”* (Olza, 2017, p 42). Entonces, ¿se debe dar en condiciones dolorosas?. Rodrigáñez (2007) plantea que *“el dolor en el parto podría ser algo patológico”* (p. 11).

Frederick Leboyer (3) citado en Rodrigáñez (2007) menciona que

Lo que hasta ahora se han conocido como contracciones uterinas adecuadas en realidad son calambres, contracciones altamente patológicas; puesto que el útero debiera distenderse suavemente, con un movimiento rítmico y ondulante a lo largo de sus fibras musculares. (p. 11)

La autora afirma que *“el dolor constituye un sistema de defensa destinado a alertarnos de alguna agresión o disfunción de algún órgano o sistema”* (p. 11).

Entonces, si el parto en condiciones saludables es indoloro, e incluso placentero, ¿por qué en la historia el parto se ha dado de manera dolorosa?, *“como si el parto con dolor fuera consustancial a la condición de hembra humana”* (Rodrigáñez, 2007, p. 18). Juan Merelo-Barberá citado en Rodrigáñez (2007) incluso compara la sensación de parir con el orgasmo, *“el orgasmo en el parto es un hecho corriente, y no insólito ni raro en la naturaleza de la mujer”* (p. 22).

Para la autora mencionada con anterioridad, las contracciones normales y saludables generan placer, mientras que las patologías generan terrible dolor. Por lo tanto, podríamos pensar que en la historia de la humanidad el parto se ha pensado en términos de patología, de paliar un dolor que en realidad no se debería generar.

Read citado en Rodrigáñez (2007) menciona que es el miedo lo que no permite la relajación en el parto, y lo que causa el malestar. Debemos comprender al parto como nada más ni nada menos que un acto sexual. Rodrigáñez (2007) hace alusión a que *“entender el parto como un acto sexual implica una aproximación a la sexualidad femenina diferente de la establecida en la dominación patriarcal que, para empezar, es exclusivamente falocéntrica”* (p. 20).

Siguiendo con los planteos de la autora Casilda Rodrigañez (2007), lo que genera el dolor en el parto es la violencia interiorizada que impone el sistema patriarcal. *“La verdadera maternidad no es esclavitud, ni carga ni enfermedad, sino una opción gozosa de desarrollo de nuestra sexualidad y de nuestras vidas”* (Rodrigañez, 2007, p. 23).

Rodrigañez (2007) menciona que

No se trata sólo de acabar con el dolor innecesario del parto (...), se trata de acabar con la violencia interiorizada que supone inhibir nuestra sexualidad, y nuestra capacidad orgástica desde la infancia; la violencia interiorizada de la negación de nuestros cuerpos y de nuestras vidas. (p. 23)

La violencia interiorizada, pensada como creencias y comportamientos que las mujeres han interiorizado inconscientemente sobre sí mismas, impulsado por influencias externas, como la sociedad patriarcal y falocéntrica, no permite que disfrutemos nuestra sexualidad ni nuestros cuerpos. Esta violencia puede ser pensada como estándares o expectativas sociales en base a cómo debe ser un cuerpo femenino, o cómo debe vivir la vida una mujer. Esta violencia reprime a la mujer, y a su goce. Es necesario poder abogar por la liberación y la aceptación, para luego poder gozar de un parto placentero.

Siguiendo en esta línea de abogar por un parto sin dolor, natural y fisiológico, Ibone Olza (2017) menciona que *“en la preparación al parto tradicional se omite esta dimensión psicológica y espiritual del parto”* (p. 41). El parto tradicional, pensado en términos de parto patológico, omite que este acto tiene componentes psicológicos y espirituales, se considera que el parto debe ser intervenido en un contexto clínico y médico, pero se deja de lado el sentir de la mujer, los miedos, los pensamientos, entre otras cuestiones que pueden estarse generando.

Siguiendo una perspectiva biológica, Olza (2017) plantea que

Estar de parto significa haber atravesado en la línea final del embarazo: la señal de que el bebé está listo para vivir fuera del útero materno sale del cerebro fetal, pasa a la sangre de la madre y llega a su vez inmediatamente al cerebro de la madre (Nathanielsz, 1994). Lo que se pone en marcha entonces es una cascada neuro hormonal: infinidad de sustancias pasan a la sangre y van desempeñando su función en los dos cuerpos: Madre y bebé. (p 42)

La autora menciona que en esta cascada neurohormonal que se genera en la díada madre/bebé, además de tener efectos directos en el cuerpo, producen una alteración de la conciencia.

Para Ibone Olza (2017) una mujer en estado de parto se encuentra más sensible y vulnerable, por lo tanto

Esto debería ser una de las claves más importantes para poder atender un parto con seguridad: lo primordial por donde debería comenzar la atención. Conocer y respetar ese necesario estado alterado de conciencia que refleja todo lo que está aconteciendo en el cerebro de la madre y en su cuerpo. (p 53)

Es necesario que quienes dirijan los partos puedan entender el estado de vulnerabilidad en el que la mujer se encuentra, y también es importante que la mujer posea la información necesaria para poder velar por un parto con las condiciones que ella desee.

## 2.2. Distintos tipos de planes existentes en el ámbito sanitario

Para comenzar, intentemos delimitar lo que entendemos por plan. Desde la Real Academia Española (2023), la palabra “PLAN” posee distintas definiciones, como por ejemplo “Intención, proyecto.”, o “actitud o propósito”, entre otras. A mi entender, un plan es un conjunto de acciones que se realizan con el propósito de alcanzar un objetivo específico. Estos planes, pueden ser escritos, verbales, visuales, etc., pueden incluir una serie de pasos o etapas, pueden ser individuales, o grupales. Pero, en esencia, un plan proporciona una guía sistemática para la toma de decisiones y la implementación de acciones orientadas hacia un fin deseado.

En el área de la salud los planes existen para garantizar la salud de las personas, pero también para poder cumplir con los deseos de las mismas. Es decir, son una forma de poder garantizar que los deseos de una persona puedan ser conocidos y respetados por parte del equipo de salud.

Existen planes de embarazo, los cuales son un conjunto de medidas y decisiones que se realizan para poder garantizar un embarazo. Estas medidas no solamente se piensan para garantizar que el óvulo pueda ser fecundado, sino también para garantizar la salud de la madre y del futuro bebé. También existen los planes del final de la vida, este tipo de plan no

solo aborda la muerte en sí, sino también los deseos y preferencias de una persona en cuanto a la atención médica y los arreglos finales. Del mismo modo, los planes de parto, son aquellos donde la mujer puede expresar sus deseos, requerimientos y expectativas para el momento del nacimiento.

## 2.3 Surgimiento de los planes de parto

El plan de parto surgió en 1980, fue descrito por primera vez por Sheila Kitzinger, en Estados Unidos (Freitas, 2017, p. 64). Silva et al (2017) menciona que *“se trataba de un documento de carácter legal que contenía las elecciones de la mujer para el período prenatal, parto y posparto”* (p. 46).

Ordem dos Enfermeiros (2012) menciona que

Consiste en un documento escrito que es elaborado por la pareja embarazada, donde expresa sus deseos respecto al trabajo de parto y posparto. En este sentido, sirve como un vínculo de información y conexión entre el equipo de profesionales de la salud y la pareja, facilitando la comprensión de las expectativas de la pareja respecto a su parto. (p. 64)

Los planes de parto son planes escritos, donde la mujer puede plasmar sus deseos sobre el trabajo de parto y posparto. Estos planes sirven como diálogo entre la mujer embarazada y el equipo de salud, *“el plan de parto tiene como objetivo general orientar y preparar, no solo a la mujer y a su compañero(a), sino también al equipo de profesionales de la salud que brindará cuidados a esta familia”* (Freitas, 2017, p. 64).

Estos planes tienen la intención de poder dejar por escrito lo que la mujer desea, pero en caso de complicaciones en el parto es el equipo médico el que velará por la salud de la mujer y del bebé, por lo tanto pueden realizar prácticas que no se encuentren dentro de los deseos de esa madre, aunque, de igual manera éstas prácticas deberán tener su autorización. Para Campos y Lopes (2020) *“al desarrollar su plan de parto, cada mujer no debe centrarse en las intervenciones que desean o no, sino en lo que necesitan para experimentar su parto de la manera más normal y segura posible, incluso ante situaciones inesperadas”* (p. 2).

Siguiendo a Silva et al (2017),

Este también sirve para explicar los procedimientos que la mujer reconoce como identificadores de confort y aquellos que no desea que ocurran, entendiendo que, si es necesario realizar algo que no forme parte de su plan, recibirá una explicación por parte de algún profesional de la salud sobre la necesidad del mismo. (p. 64)

Los planes de parto, además de ser una herramienta valiosa para la mujer, también son productor de conocimiento, ya que para poder decidir que se desea y que no, una debe tener la información necesaria. *“Una de las funciones del plan de parto es otorgar a la mujer el derecho a la información y a la decisión, convirtiéndola en protagonista de su trabajo de parto y posparto”* (Freitas, 2017, p. 65).

Gijón (2016) menciona que

El Plan de Parto suele contener información sobre los siguientes aspectos: a) Preferencias relacionadas con el acompañante, b) Preferencias relacionadas con el espacio físico, c) Preferencias relacionadas con el procedimiento, d) Preferencias sobre el control fetal, e) Preferencias sobre el control del dolor f) Preferencias durante el periodo expulsivo, g) Preferencias después del parto, h) Preferencias sobre la lactancia materna. (p. 38)

Siguiendo a Freitas (2017) estos planes pueden ser pensados como medios educativos, los cuales posibilitan el acceso a la información y a la construcción de conocimientos necesarios.

Gómez et al (2017) hace referencia a que

En los modelos de atención al parto, históricamente las mujeres que parían en sus casas preparaban este acontecimiento rodeándose de otras mujeres, y siendo ellas las protagonistas de tan especial momento en su vida. Sin embargo, para reducir la morbi-mortalidad, las parturientas fueron incluidas en el modelo sanitario de enfermedad, siendo institucionalizadas en los hospitales y sometidas a una situación de vulnerabilidad y fragilidad, en un sistema médico-hegemónico. (p. 1)

La autora Ana Rita Dias (2023) menciona que este proceso, donde el parto se medicalizó e institucionalizó fue necesario en su momento, ya que permitió controlar ciertas complicaciones, como por ejemplo ayudó a disminuir la tasa de mortalidad materna. Pinheiro & Sardo (2020) hacen alusión a que

La situación llegó a ser tan extrema que el Director General de Familia, Mujeres, Niños y Adolescentes afirmó, en 2018, que “la creciente medicalización de los procesos normales de parto está socavando la capacidad de una mujer para dar a luz y tiene un impacto negativo en su experiencia de parto”. (p. 25)

Dias (2023) menciona que este proceso de institucionalización y medicalización contribuyó en gran medida a que las mujeres fueran expropiadas de su saber, perdiendo el control y el protagonismo, “*imposibilitando el ejercicio de su autonomía e interfiriendo negativamente en la vivencia de esta experiencia*” (Pinheiro & Sardo, 2020, citado en Dias, 2023, p. 21).

Según Dias (2023) es en este contexto de institucionalización, en 1980, donde comienzan los primeros movimientos sociales para poder contrariar estas prácticas, y aquí es donde nacen los Planes de Parto. Estos planes surgen con el motivo de devolverle el protagonismo a la mujer, “*fomentando la comunicación, la toma de decisiones y la participación*” (Dias, 2023, p. 22). De Molina y Muñoz (2010) citado en Vazquez (2014) menciona que fue en el contexto reivindicativo en el que se encontraban donde las educadoras prenatales crearon los planes de parto para poder ayudar a las mujeres. “*Más tarde y de forma progresiva se iría institucionalizando y adaptando a las diferentes culturas*” (Molina y Muñoz, 2010, citado en Vazquez, 2014, p. 51)

La OMS, en 1996, incluyó a los planes de parto dentro de las “*buenas Prácticas en Atención al Parto y Nacimiento*” con el objetivo de humanizar la atención obstétrica en todo el mundo” (OMS, 1996, citado en Dias, 2023, p. 22).

Gomes et al., (2017) citado en Dias (2023) menciona que

Su elaboración debe ser realizada después de que la pareja sea informada sobre la el embarazo, fisiología del parto, métodos farmacológicos y no farmacológicos de alivio del dolor, riesgos de intervenciones innecesarias y posibilidades de hacer elecciones en cuanto a la ingesta de agua y alimentación, posiciones corporales, cuidados en el RN y procedimientos médicos. (p. 23)

Para los autores, la información brindada por la institución médica es esencial para que la mujer pueda tomar decisiones, ya que de esta manera se abren las puertas para que la protagonista esté verdaderamente informada. El plan de parto es un escrito que se elabora a lo largo de todo el embarazo, y para esto tiene vital importancia la institución médica, pero también “las consultas de vigilancia del embarazo y los cursos de preparación para el parto y la paternidad” (Dias, 2023, p. 23). El plan de parto debe ser compartido con el equipo

médico posibilitando así las decisiones en conjunto, pero también debe ser analizado para poder ajustarse a los recursos disponibles.

Pinheiro & Sardo (2020) hacen referencia a que

Realizar este procedimiento es una estrategia importante para la preparación del parto, reduciendo sus temores de acuerdo con la información y la comunicación que ha recibido, lo que permite un proceso de reflexión para la toma de decisiones, o que aumenta el empoderamiento de las mujeres y las parejas en el proceso de nacimiento. (p 26)

Este documento es un instrumento, una herramienta valiosa, que prepara a la madre para su parto, y le permite sentir más control sobre el acto de parir. Mouta et al., (2017) mencionan que al realizar un plan de parto los niveles de confianza aumentan, ya que saben lo que quieren y lo que podría suceder.

Campos & Lopes (2020) mencionan que

Según la evidencia científica, la atención obstétrica se centrará cada vez más en las elecciones seguras de las parejas debidamente informadas, contribuyendo a mejores resultados obstétricos y neonatales. De esta manera, el Plan de Parto (PP) es una herramienta para una experiencia positiva del parto (Organización Mundial de la Salud, 2018), contribuyendo al empoderamiento y satisfacción de estas parejas en el proceso del nacimiento de sus hijos. (p. 2)

Por lo tanto, además de ser una herramienta educativa para la mujer, también es un instrumento valioso para tener experiencias positivas y satisfactorias.

Kitzinger (1992) citado en Campos & Lopes (2020) hace referencia a que

Crear un Plan de Parto es una forma específica de alentar a las mujeres a reflexionar sobre lo que es importante para ellas, a expresar sus deseos y expectativas, y a comunicarse con sus cuidadores, con el fin de construir un plan realista basado en decisiones informadas. Esto permite redescubrir y restaurar el control tradicional de las mujeres sobre el entorno del trabajo de parto. (p. 2)

Bailey et al (2018) citado en Campos & Lopes (2020) hace alusión a que *“dentro del contexto actual de atención médica, el paradigma está cambiando del paternalismo hacia la autonomía de la persona, considerando que los pacientes son más asertivos, cuestionan las*

*recomendaciones dadas por los profesionales y requieren que se cumplan sus deseos” (p. 2).*

La figura del médico ha sido pensada de manera diferente a lo largo del tiempo. En la cita podemos observar dos paradigmas distintos de pensar al médico y a la institución, el paternalista y el de la autonomía personal. El paradigma paternal “*se caracterizó porque el peso de las decisiones recayó siempre sobre el médico. Existía una incuestionable confianza en la capacidad técnica y en la integridad moral del médico*” (Aguilar, 2017, p. 2). Desde este paradigma, la sabiduría y el poder recaen en el doctor, mientras que el paciente es pensado como una figura sin conocimiento, “*caracterización del segundo como un minusválido moral, incapaz de tomar sus propias decisiones. En esta visión y práctica paternalista, el enfermo es tratado como un menor de edad que debe obedecer indicaciones sin cuestionarlas*” (Ferrari, 2023, p. 1).

Entonces, si el paradigma paternal es el obedecer al médico, es poner el conocimiento y la autoridad en una figura externa, ¿que es el paradigma de la autonomía personal y cómo afecta este en la creación de los planes de parto?

Rodriguez (2020) plantea que

*Autonomía* según Kant es la capacidad de darse a uno mismo las leyes. (...) La libertad de elección la define como noción de autogobierno, por lo cual cada persona tiene el derecho a tomar sus decisiones, definir sus acciones y tener opiniones basadas en sus propios valores, creencias y principios morales. (p. 1)

Por lo que podemos observar, este nuevo paradigma trae el conocimiento hacia la figura de la persona, y también le cede el poder de toma de decisión. De un paradigma jerárquico y asimétrico, donde el conocimiento y el poder lo posee solo la figura médica, pasamos a un paradigma donde el conocimiento y el poder es compartido. “*En resumen, la autonomía es la capacidad de tomar nuestras propias decisiones sobre nuestro cuerpo, de cómo y qué queremos pensar*” (Rodriguez, 2020, p. 1).

El paternalismo puede ser pensado como la autoridad en una familia tradicional, siguiendo a Rodriguez (2020)

El paternalismo según la RAE es la tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales, políticas, laborales, etc. En la práctica médica tradicional, presupone una relación médico-paciente en la que la dinámica del proceso se centra en el facultativo, quien

por demás posee conocimientos, medios y fuerza legal para hacer lo que sea necesario para mejorar el estado de salud del individuo. Una expresión de paternalismo inferioriza y no reconoce plenamente la dignidad del otro. (p. 2)

Desde este paradigma, *“se incluyó el parto en el modelo sanitario de enfermedad, considerando a la mujer como una persona enferma necesitada de atención médica”* (Suárez, 2015, p. 2).

Mientras que, el paradigma de la autonomía personal según la OMS citado en Ferrari (2023) es el *“proceso mediante el cual las personas adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones que los afectan. Para ello, los individuos necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a información y participar e influir en los elementos que afectan su bienestar”* (p. 2)

Por lo tanto, siguiendo a Aguilar (2017) el paradigma paternalista ya está en desuso, pero fue una ardua lucha por los derechos de la persona. El nuevo paradigma, el de la autonomía, marca un antes y un después, y establece que el sujeto ya no sea un *“receptor pasivo”* (Aguilar, 2017, p. 3). Este paradigma garantiza el goce de los derechos, permitiendo el acceso a la información completa, clara, y a la decisión.

En 1980, los planes de parto surgen con el fin de que la mujer pueda tomar poder y garantizar sus derechos con respecto a la institución médica. La creación de un plan de parto implica poder acceder de forma clara y confiable a la información necesaria para poder decidir. En el paradigma paternalista, la mujer era un paciente, muchas veces pensado como enfermo, que debía acatar órdenes y ceder al conocimiento médico, pero lentamente se ha progresado a que la mujer pueda decidir en conjunto con su equipo médico sobre cuáles prácticas considera que son pertinentes. El plan de parto es un claro ejemplo de la evolución de un paradigma paternal y jerárquico, a un paradigma de la autonomía y simétrico.

Además de brindar un cierto poder en un acto tan importante como el parto, Santana et al (2020) menciona que realizar un plan de parto trae consigo cambios saludables a nivel biológico.

Siguiendo a los autores anteriormente mencionados, al realizar y cumplir un plan de parto, se reducen intervenciones que son innecesarias, como por ejemplo el uso de medicamentos o técnicas de forma rutinaria.

Suárez (2017) hace alusión a que

La importancia de los Planes de Parto y Nacimiento radica en el respeto al Principio Bioético de Autonomía, aumentando de este modo el control que tienen las mujeres sobre el proceso del parto, contribuyendo a producir un efecto positivo sobre la satisfacción, sirviendo como herramienta importante en la preparación al parto y disminuyendo “los miedos” de la mujer gracias a la información y a la comunicación que proporcionan; constituyendo todo ello un proceso de reflexión para las mujeres. (p. 2)

## 2.4 Planes de parto a nivel internacional y nacional

*“Los Planes de Parto y Nacimiento influyen positivamente en el proceso de parto y en la finalización del mismo. Son necesarias políticas sanitarias para aumentar el número de Planes de Parto y Nacimiento que se presentan en nuestros hospitales”* (Suárez, 2015, p.1).

Los planes de parto fueron creados en un momento donde al embarazo se lo cataloga como enfermedad. La primera vez en la que tenemos noción del término plan de parto fue en 1980, en Estados Unidos. “El concepto de Plan de Parto y Nacimiento fue acuñado por Sheila Kitzinger en 1980 en Estados Unidos. Los países anglosajones se hicieron eco de este nuevo documento, y empezaron a usarlo para exigir un parto lo menos medicalizado posible” (Suárez, 2017, p. 2). Pero, cuando surgieron *“eran de transmisión verbal y se realizaban en casa y con la familia donde se aclaraba principalmente como iba a ser el parto y quién sería la o el acompañante”* (Vazques, 2014, p. 50).

En España en 1990, mujeres y profesionales se reúnen para comenzar a replantearse la asistencia en el parto, considerando a esta como *“excesivamente intervencionista”* (Suárez, 2017, p. 2). Para Suárez (2017) aquí es donde inicia el empoderamiento femenino, *“que alcanza su máximo exponente con el documento Plan de Parto y Nacimiento”* (Suárez, 2017, p. 2).

Suárez (2017) hace referencia a que

El uso del Plan de Parto y Nacimiento rápidamente fue generalizado en algunos países de Europa, -en 1993 en Inglaterra eran usados en el 78% de las salas de partos- en España son de reciente implantación, en 2007. Ya la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y

Consumo) y la Iniciativa al Parto Normal (FAME) menciona este documento, pero no será hasta Febrero de 2012 que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica un modelo de Plan de Parto y Nacimiento. (p. 3)

Por lo tanto, aunque los planes de parto son definidos en primera instancia en 1980, pasan entre 10 y 20 años para que se comiencen a implementar en Europa.

Siguiendo a Hidalgo (2017)

En España, en los años 90, surgieron varias asociaciones en contra del excesivo intervencionismo en la atención al parto, que desde mediados del siglo pasado estaba institucionalizado y sometido a un importante grado de medicalización. Los primeros planes de parto surgieron en torno a 2004 de la mano de algunas asociaciones, pero su uso se empezó a extender tras su institucionalización por parte del Ministerio de Sanidad (p. 2).

En los embarazos patológicos, el equipo de salud velará por la salud de la mujer y del bebé, pudiendo dejar de lado lo solicitado en el plan de parto. Pero, siguiendo a Vazquez (2014) el 80% de los partos se realizan en condiciones fisiológicas y normales.

Vazquez (2014) define al parto fisiológico como

Es el proceso fisiológico y de progresión adecuada, sin signos de sufrimiento fetal, con el que la mujer finaliza su gestación a término - entre las semanas 37 y 42-. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano en posición cefálica, que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. (...) el parto normal no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. (p. 41)

Por lo tanto, si el 80% de los partos se dan en condiciones fisiológicas, en el 80% de los casos se debería respetar el plan de parto si este fue creado. En España en la actualidad, son varios los hospitales que cuentan con manuales para crear el plan de parto. Los mismos cuentan con una guía donde la mujer puede optar si desea o no ciertas prácticas, y luego se anexa un sector de notas, donde la mujer puede escribir prácticas que no están consideradas en la guía principal. El Hospital Quirónsalud Clideba situado en Badajoz, es uno de los hospitales que cuenta con esta guía. En la misma podemos encontrar ítems como *“Durante el parto deseo estar acompañada”*, *“¿Desea usted la administración de un enema a la llegada al hospital?”*, *“No deseo en principio ningún tipo de medicación para evitar el dolor”* (Hospital Quirónsalud Clideba, sf, p. 11).

En la actualidad, cada país cuenta con diferentes prácticas recomendadas en el momento del parto. Para poder crear un plan de parto es necesario que la mujer sea pensada como sujeto de derechos.

En cuanto a Uruguay, los planes de parto se encuentran amparados en el decreto 339/019, en la Ley 19.580, Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. La ley se promulgó en 2017, mientras que el decreto en el año 2019.

Siguiendo al Ministerio de Desarrollo Social (2018) en el Artículo 1 de la Ley 19.580

Esta ley tiene como objeto garantizar el efectivo goce del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia basada en género. Comprende a mujeres de todas las edades, mujeres trans, de las diversas orientaciones sexuales, condición socioeconómica, pertenencia territorial, creencia, origen cultural y étnico-racial o situación de discapacidad, sin distinción ni discriminación alguna. Se establecen mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección, sanción y reparación. (p. 25)

En la reglamentación de la Ley 19.580, en el decreto 339/019, en el Artículo 1 se menciona que *“la vida libre de violencia hacia las mujeres basada en género es un objetivo prioritario de salud pública”* (Uruguay, 2019, sp).

Es en esta actualización, donde en el Artículo 15 se agrega al Plan de Parto y nacimiento como una forma de poder garantizar el parto humanizado y prevenir la violencia obstétrica. Este artículo hace referencia a que

El Plan de Parto y Nacimiento es el instrumento por medio del cual la usuaria establece sus preferencias, necesidades y restricciones sobre la asistencia durante el proceso de trabajo de parto y el nacimiento de su hijo o hija, constituyendo el eje de la relación clínica entre la mujer embarazada y el equipo que la asiste. El equipo de salud deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo a lo largo de la gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo con las preferencias e individualidades de la mujer informando sobre las ventajas del parto natural. (...) Este Plan queda supeditado a las condiciones de salud que presente la gestante y el hijo o hija al momento del nacimiento y la voluntad verbal expresa de la mujer en el momento en que está recibiendo la atención de salud. (Uruguay, 2019)

El Ministerio de Salud en Uruguay, en el año 2018, creó un manual de recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional, el cual

menciona que *“el plan de parto y nacimiento es el eje de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y el equipo que la asiste, y debe servir para orientar la atención sanitaria que se le preste a lo largo de todo el proceso”* (p. 20). En este manual *“se propone un plan de nacimiento estándar que podrá ser adaptado por cada mujer embarazada si así lo desea, para su caso individual”* (Ministerio de Salud Pública, 2018, p. 20). Es así que, se propone un prototipo de plan de nacimiento, el cual debe ser elaborado entre la mujer y el equipo de salud.

En el mismo podemos leer

Quien suscribe \_\_\_\_\_, n° de documento \_\_\_\_\_ haciendo uso de mi autonomía y luego de asesorarme en instancia de \_\_\_\_\_, manifiesto a continuación mis preferencias con relación a la asistencia sanitaria a recibir durante la internación en el proceso de nacimiento y puerperio. Sin perjuicio de lo antes expresado, ante situaciones que se alejen de lo aquí planteado, se me informará al respecto para consensuar las acciones a tomar. (Ministerio de Salud Pública, 2018, p. 42)

En esta cita podemos observar el principio de autonomía, haciendo partícipe a la mujer en todo el proceso. Pero también podemos leer que en el caso de que haya situaciones extraordinarias, la usuaria será informada para poder consensuar las acciones que se realicen.

En el modelo de plan de parto propuesto por el Ministerio de Salud Pública (2018), podemos observar varios ítems dentro de cinco grandes grupos, el primero sobre las preferencias durante el trabajo de parto, el segundo sobre durante la asistencia del parto, el tercero ante realización a cesárea, el cuarto con relación a la asistencia del recién nacido, y el quinto con relación al puerperio y lactancia.

Este prototipo planteado por el Ministerio cumple la función de base para que luego cada mujer pueda realizar su propio plan de parto, siempre teniendo en cuenta que las prácticas que pueden solicitarse dentro del mismo son las avaladas y recomendadas por la ciencia. Cada maternidad y parto son distintos, así también los planes realizados.

## Capítulo 3. Planes de parto como herramienta de humanización

### 3.1 Sujeta sujeta de derechos

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos que todos debemos tener en cuanto seres humanos. Existen diversos derechos con el propósito de proteger lo relacionado a la autonomía y la reproducción de la mujer. *“Los derechos sexuales y reproductivos constituyen un pilar fundamental para alcanzar el desarrollo sostenible, como derechos humanos básicos que reconocen la igualdad de género”* (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Siguiendo a Romero y Muro (2016)

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la comunidad internacional surge como respuesta a movimientos de lucha y reivindicación de dos grupos históricamente discriminados: las mujeres y las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI). La sociedad civil organizada y los distintos movimientos feministas, han colocado en la agenda internacional, desde hace más de tres décadas, la importancia de visibilizar dichos derechos y la relación directa que éstos tienen con el goce y disfrute de otros derechos humanos plasmados en los tratados internacionales y en las constituciones de los Estados. (p. 274)

Los derechos sexuales y reproductivos de la mujer surgen en situaciones de lucha, de poder reivindicar al género. Poseer derechos sexuales y reproductivos permite gozar y disfrutar de los mismos.

Ramos (2015) menciona que

La sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano, constructo sociocultural e histórico, producto y productora social. Las personas se construyen como sujetos sexuales a lo largo de sus trayectorias vitales, aprendiendo a vivir, sentir y ejercer su sexualidad desde los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización. (p. 19)

Además de ser biológica, la sexualidad es un constructo social, que produce y es productora de efectos sociales. *“Considerada desde una perspectiva antropológica, la sexualidad específicamente humana es lenguaje, símbolo, norma, rito y mito: es uno de los espacios privilegiados de la sanción, del tabú, de la obligatoriedad y de la transgresión”*. (Lagarde, 1997, p.194).

Siguiendo a Ramos (2015) la sexualidad ha sido regulada, controlada, y sancionada en distintos momentos históricos y en distintas culturas

La sexualidad es eje de las relaciones humanas, implica a las relaciones y procesos sociales, a las instituciones, a las políticas, así como a las concepciones del mundo y la subjetividad. Al mismo tiempo que se trata de una experiencia socio histórica, es una de las expresiones más íntimas, privadas y personales. (p. 20)

El comienzo de la lucha por el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos se da a lo largo del siglo XX. Siguiendo a Ramos (2015) *“la denominación “derechos reproductivos” la acuña la médica feminista Marge Berer cuando a fines de la década de los 70 en EEUU propuso una campaña por el aborto, la anticoncepción y contra la esterilización forzada”* (p. 22).

Aunque en 1970 se denomina por primera vez a los derechos reproductivos, es en la IV Conferencia sobre Población y Desarrollo, que fue llevada a cabo en el Cairo en 1994 donde, siguiendo a Galdos (2013)

Se realza el empoderamiento de la mujer y la mejora de la situación de las niñas, conjuntamente con el derecho a la salud sexual y reproductiva, como estrategia importante para la reducción de la pobreza, mejora de la salud y la calidad de vida. (p. 455)

Aunque en esta conferencia se aceptó sólo el término de derechos reproductivos y no el de derechos sexuales. *“Este rechazo se basó en la negación de la diversidad sexual y en el temor que al aceptar derechos sexuales se estuviera también aceptando y reconociendo el derecho de las personas a definir su propia identidad”* (Galdos, 2023, p. 456).

Espinosa y Paz (2004) mencionan que la IV Conferencia

Colocó el derecho universal a la salud reproductiva por encima de cualquier meta demográfica, y esto representó un giro cualitativo y una promesa para las mujeres: importarían como seres humanos, ya no sólo sus úteros y ovarios o la regulación de su capacidad de procreación. La salud reproductiva nació con un enfoque de

género, pues reconoció que fortalecer la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, respetar sus decisiones en materia reproductiva y fomentar la equidad entre ellas y los varones en materia educativa, laboral y política eran fundamentales para hacer realidad los derechos reproductivos. (p. 129-130)

Es a partir de esta Conferencia que muchos países comienzan a agregar al derecho reproductivo en su agenda.

Las Naciones Unidas (1995) definen a la salud reproductiva como

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (p. 37)

Rodriguez (1998) menciona que

Las decisiones sobre la sexualidad y reproducción se ubican en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, esto significa que la posibilidad de tomar decisiones por parte de las mujeres, está mediada por las relaciones de subordinación. Muchas mujeres no pueden decidir libremente si usan o no anticonceptivos, se hacen o no una ligadura, tienen o no hijos, etc, si sus parejas no lo consienten. Este control real o simbólico que ejercen los hombres sobre la sexualidad femenina, es una expresión de su poder. Cuando las mujeres empiezan a cuestionar ese poder, empiezan a tomar decisiones sobre su cuerpo, van ganando poder para autodeterminarse. (p. 7)

Por lo tanto, los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para que la mujer pueda vivir una vida plena, para que pueda tener control real sobre su goce y su reproducción. En cuanto a Uruguay, que pueda garantizarse a la mujer como sujeta de derechos es de vital importancia. Que la mujer pueda gozar y hacer uso de este derecho, implica que pueda informarse, decidir, y tener poder en ámbitos como el parto. Para que el Plan de Partos pueda llevarse a cabo, la Ley 18.426 (Uruguay, 2008) es imprescindible.

El Ministerio de Salud Pública (2019) hace referencia a que

A partir de 2005, y en particular con la promulgación de la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, se aprobaron normas y se aplicaron políticas, planes y programas que posicionan al país a la vanguardia a nivel

continental en el reconocimiento de esos derechos y en el logro efectivo de resultados en salud sexual y reproductiva. (p. 2)

En la Ley 18.426 se menciona que *“el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlo”* (Uruguay, 2008, art. 1). Con la creación de la misma, el país Uruguayo comienza a respaldar y reconocer a la sexualidad y a la reproducción en calidad de derechos, *“no se concibe el desarrollo sin derechos”* (Ministerio de Salud Pública, 2019, p. 2).

En el Artículo 3 de la Ley 18.426 se definen como unos de los objetivos específicos *“difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva”* (Uruguay, 2008), y *“promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación”* (Uruguay, 2008). Dentro del Artículo 4 de la ley se mencionan las formas de poder llevar a cabo los objetivos, entre ellas se encuentra *“brindar información suficiente sobre el trabajo de parto y postparto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas”* (Uruguay, 2008).

En esta Ley comienzan los cimientos para crear un Plan de Parto, poder acceder a la planificación como se menciona en el Artículo 3, o brindarle la información suficiente para que la mujer pueda elegir sobre las intervenciones médicas son pilares fundamentales para que la mujer logre tener poder de decisión sobre su propio parto.

Aunque la Ley 18.426 fue creada en 2008, el Plan de Parto aparece en la agenda de derechos en 2019. Como mencioné anteriormente, el Plan de Parto y Nacimiento se encuentra en el Artículo 15 de la Ley 19.580 de violencia hacia las mujeres basada en género. En esta Ley se encuentra enmarcado el parto humanizado, el plan de parto y nacimiento, y la prevención de la violencia obstétrica. Poder garantizar un parto humanizado y la creación del plan de parto, previene la violencia obstétrica. Y para poder garantizar la creación del Plan de Parto, la atención en el embarazo y el parto debe ser desde una perspectiva humanizada.

En el Artículo 14 de la Ley 19.580 se encuadra al Parto Humanizado, el cual menciona que

Los prestadores de servicios de salud deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar que la atención de las mujeres durante la consulta preconcepcional, el embarazo, el nacimiento y el puerperio así como de los/las recién nacidos/as,

respete los principios del modelo asistencial humanizado-respetado, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública vigentes. (Uruguay, 2019)

El Ministerio de Salud Pública (2018) menciona que

Cuando hablamos de humanizar, hacemos referencia a: “hacer humano, familiar, afable a alguien o algo”. El concepto de asistencia sanitaria humanizada implica brindar asistencia, incluyendo como condición en la relación equipo técnico/paciente, un trato personalizado, reconociendo la dignidad de la persona y respetando sus principios y valores. (p. 12)

El modelo asistencial humanizado-respetado es poder ver al otro en tanto humano, es poder asistir logrando reconocer que ese otro posee conocimientos y experiencias distintas a las de uno. *“El humanismo en el parto permite la posibilidad que las emociones de la mujer que da a luz puedan afectar al progreso del trabajo de parto y tratar con más eficacia los problemas que pueden surgir durante esta fase mediante el apoyo emocional (...)”* (Davis-Floyd, 2001, p.12). Por lo tanto, el parto humanizado pone en juego la presencia de la emoción, del sentir. Además, para que esto pueda llevarse a cabo, la comunicación es fundamental. *“Uno de los pilares del modelo asistencial humanizado-respetado es la comunicación efectiva (...) tomando especial énfasis la alineación en el pensamiento y accionar, generando así el terreno propicio para la toma de decisiones consensuadas”* (Ministerio de Salud Pública, 2018, p. 17).

En el Artículo 14 de la Ley 19.580 se explicita que en la práctica los equipos de salud tendrán que respetar los derechos de todas las mujeres. Estos derechos incluyen ser tratada con respeto, a ser informada sobre las prácticas que se realicen pudiendo optar entre prácticas existentes, a poder decidir sobre quién desean que las acompañen, entre otras. En este artículo se menciona también que la mujer *“en particular, debe ser considerada, durante el trabajo de parto y nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista del mismo”* (Uruguay, 2008), y también que la mujer tiene derecho *“a presentar un Plan de Parto y Nacimiento”* (Uruguay, 2008).

El parto humanizado le da lugar al saber de la mujer, le da protagonismo. A decir de Alonso y Gerard (2001)

La observación empírica sugiere que esto aumenta en la madre su autoestima y confianza en sí misma, así como en su habilidad para dar a luz, cuidar y lactar a su bebé; en éste aumenta su habilidad para lactar y desarrollarse emocionalmente,

además de mejorar su psicomotricidad y capacidad para crear vínculos con su familia. (p. 98)

Por lo tanto, poder tener el derecho de acceder a un parto humanizado, y poder crear un Plan de Parto, previene la violencia obstétrica.

García (2018) define a la violencia obstétrica cómo

Un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física —uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto— como psicológica —infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones. (p. 42)

Lampert (2021) menciona que *“la violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género, que está tan normalizada a nivel social, que resulta difícil visibilizarla como problema”* (p. 4)

García (2018) hace referencia a que cuando las mujeres sufren violencia obstétrica sienten falta de empatía por parte del personal médico, y además sienten una creciente pérdida de poder, en cuando al parto y en cuando a ellas mismas como humanas.

Mientras que, siguiendo a González (2015) *“el parto y el nacimiento humanizado promueven un ambiente de amor, respeto y seguridad. Es un espacio en el cual se reconoce la fuerza y sabiduría del cuerpo humano, con alegría y acompañamiento”* (p. 85).

En este modelo de parto, se toma en cuenta el saber de la mujer, *“afirma el derecho de libertad de las mujeres o parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir”* (González, 2015, p. 85). Esta humanización permite que el parto sea una experiencia satisfactoria, y *“se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras”* (González, 2015, p. 85).

Tyndall (s/f) menciona que *“los derechos humanos se pueden definir como la libertad para defenderse de “tratamientos” inhumanos, peligrosos, humillantes, riesgosos, sin consentimiento previo o no-evaluados”* (p. 4). Por lo tanto, el parto humanizado y la creación del plan de parto, conlleva a que la mujer deba informarse sobre los procedimientos a realizar, sobre sus deseos y necesidades, avalando los derechos existentes en Uruguay.

Poder decidir, poder informarse, significa de cierta forma tener la libertad de defenderse contra la violencia ejercida por parte del equipo médico. Significa volver a ser protagonista y tomar el poder sobre las decisiones y su propio cuerpo. Olza (s/f) hace referencia a que *“definitivamente la embarazada es una mujer adulta y merece parir como ella quiera. Más importante aún que la confianza en los profesionales es confiar en el propio cuerpo”* (p. 2).

Fernández del Castillo (2008) menciona que

Humanizar el nacimiento no es tarea fácil. Requiere revisar las creencias, la resistencia al cambio, las jerarquías... todo eso que alimenta las actitudes, los procedimientos, la forma de ver el nacimiento. Humanizar el nacimiento es un proceso colectivo, pero estrechamente dependiente del proceso personal de toma de conciencia. En la medida en que sean muchas las personas que experimenten ese proceso, será un movimiento más y más colectivo. Humanizar el nacimiento no es una utopía, ni el deseo de un sector de la población, ni siquiera un derecho, es una necesidad colectiva. (p. 347)

En Uruguay, no todas las mujeres tienen el mismo nivel socioeconómico, pero gracias a la agenda de derechos todas deben gozar, sin importar la institución médica, sea pública o privada, de crear su plan de parto, y de tener un parto humanizado y respetado.

### 3.2 ¿Decisiones personales versus decisiones institucionales? Claroscuro de los planes de parto

Como mencioné anteriormente, el Plan de Parto es un documento escrito que realiza la mujer durante su embarazo, sobre sus deseos en cuanto al parto, siempre que estos procedimientos estén avalados por la ciencia y sean saludables para la salud de la madre y de su bebé. Este plan tiene la intención de devolverle el protagonismo a la mujer, posicionándola a la misma como sujeto de saber, ya que para crearlo debe estar lo suficientemente informada para lograr optar por una práctica y no por otra.

Pero la realidad es que, tiene sus ventajas y sus desventajas.

Por más que sus ventajas son muy importantes, ya que empodera a la mujer, a su conocimiento, y a su participación al parir, además de prevenir la violencia obstétrica, *“muchos profesionales del parto están descartando el plan de parto por considerarlo un*

*documento obsoleto e ineficaz*” (Kaufman, 2007, sp). Por lo tanto, aunque el Plan de Parto exista, muchos profesionales no lo utilizan.

Gijón (2016) hace referencia a que “no existe unanimidad sobre la necesidad o utilidad de los planes de parto, ni tampoco a qué mujeres deben ofrecerse (...)” (p. 38). Por lo tanto, al día de hoy no existe consenso real sobre la utilización del Plan de Parto. En Uruguay, el Plan de Parto se agregó a la Ley 19.580 en 2019, por lo tanto es un artículo reciente, que no ha sido implementado en la actualidad en su totalidad.

Kaufman (2007) menciona que

Los planes de parto son criticados por varias razones, entre ellas: (a) los padres a veces se vuelven inflexibles y difíciles cuando son necesarios cambios, por pequeños que sean, en su plan; o (b) los planes de parto a menudo contienen información obsoleta, inútil o que suena a la defensiva. (sp)

Siguiendo con esta cita, Molina (2010) hace alusión a que los planes de parto muchas veces son impersonales y no son significativos.

Para Gijón (2016) las mujeres siempre sueñan con cómo desean parir. Mientras que para Crespillo et al (2013) esto puede tener efectos negativos, ya que al soñar y planearlo puede que las expectativas no se cumplan.

Para Crespillo et al (2013)

Las madres que habían diseñado planes de parto mostraron niveles más bajos de satisfacción, así como sentimientos de decepción y frustración, al haber desarrollado ciertas expectativas sobre cómo sucedería el parto. Las madres sin plan de parto, posiblemente desconocedoras de la existencia de estos planes, fueron menos exigentes en cuanto a la planificación de su parto y se dejaron llevar más por la improvisación en función de la evolución del alumbramiento. (p. 84)

Siguiendo con los planteos de la autora *“ciertos estudios hallaron que los PP no mejoran la experiencia global de parto, sino que parecen intensificar sentimientos negativos (...). En situaciones en que el proceso haya sido diferente al PP diseñado se crean sentimientos de pérdida y decepción”* (Crespillo et al, 2013, p. 85).

Cabe destacar también, siguiendo con Crespillo et al (2013)

Ante la pregunta «¿existen diferencias entre las expectativas y la satisfacción de las madres según presenten o no PP?» cabe señalar que, hasta ahora, no se han

llevado a cabo estudios cualitativos que analicen en profundidad los factores que pueden afectar a la satisfacción, los deseos y los sentimientos de las madres según hayan realizado o no PP, elemento fundamental para las futuras mejoras en la práctica clínica y en el ámbito de la salud. (p. 85)

Además, como otra desventaja, Gijón (2016) menciona que en los Planes de Parto es importante que se aclare a qué hospital va dirigido, ya que hay centros que pueden ofrecer servicios que otro no. También menciona que

Se debe dejar claro y asegurar que la mujer entiende, que el parto no se puede planear y que hay factores que no se pueden controlar y pueden hacer que la ruta de acción sea diferente a la planteada inicialmente. Siempre se deberán construir planes flexibles para que la experiencia de la mujer no sea traumática ante un cambio repentino. (p. 49)

Aunque muchas matronas y ginecologas están comprometidas en la causa de que sea la parturienta quien tenga el protagonismo, Molina (2010) menciona que muchas veces el plan de parto causa irritación en el equipo médico. Para Welsh (2014) esta irritación puede producir tensión entre la mujer y el personal de salud, lo cual puede afectar de manera negativa en el parto.

Respecto a las ventajas que posee la creación de un Plan de Parto Su-Chen Kuo (2010) menciona que poder conversar con el equipo de salud ayuda a participar en la toma de decisiones, y esto aumenta la sensación de control de las mujeres, aumentando también su confianza. *“Pero estos beneficios dependen directamente de la disponibilidad de diálogo y discusión flexible (...)”* (Gijón, 2016, p. 46).

En cuanto a los beneficios obstétricos asociados a este plan, Gijón (2016) hace referencia a que

la participación de la matrona como fuente de información y ayuda puede tener beneficios obstétricos tales como: evitar la episiotomía, elección de medidas de comodidad (ingerir líquidos, ir al baño cuando lo deseen, libertad de movimientos, monitorización intermitente y posición de expulsivo cómoda), realizar pujos espontáneos, pinzamiento del cordón tardío, contacto piel con piel y amamantamiento de la forma más precoz posible. (p. 47)

Siguiendo esta cita, Vila-Candel (2015) hace alusión a que los beneficios se deben a las decisiones que toman en los Planes de Parto, las cuales pueden seleccionar debido a la información que obtienen por parte de sus parteras y servicios de salud.

Para Kaufman (2007)

Resaltar la importancia de pensar en el plan de parto como un documento en evolución que requiere recopilación de información, reflexión sobre las creencias sobre el nacimiento y discusión continua puede ayudar a los padres a desarrollar planes de parto que cumplan exactamente con lo que fueron planeados. (sp)

En cuanto a Uruguay, por más que el Plan de Parto sea una decreto vigente, no está realmente implementado en el ámbito hospitalario. La estudiante de parteras, Villar (comunicación personal, Julio, 2024) plantea que

De lo que he visto en policlínicas o cuando asistimos partos en el Pereira Rossell, en realidad no se le informa mucho a la mujer de que puede realizar un plan de parto, ni se le ofrece hacerlo, únicamente las mujeres que se informan y saben de su existencia lo hacen, y generalmente se hacen por fuera de la institución con parteras que hacen asistencias particulares.

Villar (comunicación personal, Julio, 2024) comenta también que

“muchas veces cuando las mujeres llegan con un plan de parto no se les quiere asistir, porque genera conflicto ya que algunos planes son muy específicos, exigentes, y poco flexibles” y también menciona que “tiene beneficios cuando se hace siendo consciente y sabiendo realmente las cosas que son importantes y las que no, pero muchas veces se generan conflictos entre lo que la mujer quiere y lo que desde la medicina se necesita”.

La estudiante también narra una situación que aconteció respecto al Plan de Parto

En una ocasión estaba de guardia y llegó una mujer con su plan de parto, en el mismo decía que no quería que se le realice una episiotomía. Luego, en el momento del parto, se necesitó realizar una episiotomía, pero no por rutina ya que no se aconsejan más. La mujer estaba sesgada de que ella no deseaba que se le realice y que en su plan de parto estaba escrito. Se realizó de igual manera, y luego entendió por qué se necesitaba. (comunicación personal, Julio, 2024)

Por lo tanto, queda aún un largo camino que recorrer para poder generar un consenso real sobre el plan de parto, que se pueda utilizar como corresponde, y que el equipo médico esté dispuesto a acompañar en el proceso de creación del mismo. Es fundamental para que la mujer pueda ser protagonista de ese momento, y volver a tener el poder sobre su cuerpo.

## Conclusiones

A modo de reflexión final, considero importante resaltar los puntos clave que se han examinado a lo largo de este trabajo final de grado.

En la historia de la humanidad, la maternidad ha sido objeto de diversas interpretaciones y expectativas que han influido profundamente en la identidad y el rol de la mujer. Este concepto ha sido moldeado y redefinido de acuerdo con las necesidades y valores predominantes de cada época.

El sistema patriarcal ha jugado un papel crucial en esta configuración. Este sistema le ha asignado un papel primordialmente doméstico y reproductivo a la mujer. El mismo considera que la mujer, por condición biológica, está destinada a la maternidad. Este paradigma patriarcal ha controlado y organizado la sexualidad y la reproducción de las mujeres, limitando sus posibilidades de autonomía. Autoras como Simone de Beauvoir (1949) y Esther Vivas (2019) han cuestionado esta visión patriarcal, argumentando que la maternidad no es solo biológica, sino que es una construcción social. Ellas, además, consideran que ser madre es una elección, y no una obligación.

El movimiento feminista ha sido clave para promover una visión más amplia, promoviendo la equidad entre hombres y mujeres. Ha logrado el avance en la igualdad de género, también ha cuestionado las estructuras patriarcales que limitaban a las mujeres. Varela (2008) considera que esto posibilitó que la mujer pueda reclamar su autonomía y se redefine más allá de su identidad como madre.

Considero que la maternidad no es un concepto estático, sino que se encuentra en constante cambio y evolución. La misma se ha pensado como fuente de poder y vulnerabilidad, o como goce y disfrute. La realidad es que todas las maternidades son distintas, y se viven diferente. Esto puede deberse a circunstancias contextuales, culturales, familiares, entre otras. En la actualidad, tener la posibilidad de elegir cuándo y cómo ser madre le ha otorgado a las mujeres mayor control sobre sus vidas.

De forma paralela, el parto también varía según el contexto sociohistórico. En sus comienzos estuvo regido exclusivamente por mujeres que acompañaban el proceso. Luego, con la intervención del hombre como figura de saber y las herramientas obstetricas se generó un cambio. Esto marcó la transición del parto como acto espiritual y natural, a una intervención médica.

Luego de esto, los partos comenzaron a ser en hospitales. Así, surgió el debate entre la intervención médica y los partos de manera natural. Esto ha sido central en el movimiento por el parto natural, que aboga por una experiencia de parto menos medicalizada y más respetuosa con los procesos fisiológicos naturales. El parto fisiológico es un proceso natural, que no necesita intervención ni medicación por rutina. La violencia interiorizada y el miedo que se ha infundido contribuyen al sufrimiento durante el parto. Poder liberarnos de estas creencias nos ayudarán a vivir experiencias de parto placenteras.

A medida que el parto comenzó a ser un procedimiento hospitalario las mujeres pasaron de ser protagonistas, a ser pacientes que necesitaban atención médica. En respuesta a esto, en 1980 surge el concepto de plan de parto. El mismo se propone como una herramienta para empoderar a las mujeres, devolverles la voz y el poder de decisión. Estos planes permiten a las mujeres expresar sus preferencias y expectativas sobre cómo desean vivir la experiencia del parto, incluyendo aspectos como el manejo del dolor, la posición de parto y la presencia de intervenciones médicas. Su implementación busca mejorar la comunicación entre la mujer y el equipo de salud, reducir las intervenciones innecesarias y promover una experiencia de parto más personalizada y respetuosa.

En Uruguay contamos con una gran agenda de derechos referidos a la salud sexual y reproductiva. El decreto 339/019 (reglamentario de la Ley 19580) respalda al Plan de Parto. El mismo se utiliza como una estrategia de prevención de la violencia obstétrica, y promueve el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Está comprobado también que realizar un plan de parto tiene beneficios para la salud materna y del bebé.

Pero como todo, el plan de parto tiene ventajas y desventajas. Entre las ventajas podemos encontrar que le otorga el protagonismo a la mujer, considerando que es un sujeto de saber. Logra también que la mujer se informe, obteniendo así más conocimiento sobre la temática, y pudiendo optar por las intervenciones que desea y las que no.

Entre las desventajas, muchos profesionales plantean que los planes de parto no son documentos útiles y proactivos. Las críticas al mismo incluyen la falta de flexibilidad por parte de la mujer cuando se necesita un procedimiento externo al plan de parto, que pueden ser impersonales, y generar expectativas que luego no se pueden cumplir. Esto puede llevar a que se genere decepción y frustración por parte de las mujeres, lo cual no permite que el parto se viva de forma satisfactoria.

Poder llegar a un consenso real sobre su funcionamiento, otorgando nuevamente el protagonismo y el poder a la madre es fundamental para garantizar los mayores beneficios posibles mental y físicamente. En nuestro país aún no hay un protocolo claro y establecido al respecto del funcionamiento masivo de los planes de parto. Sigue siendo un beneficio sólo para las mujeres que pueden acceder a la información y a un servicio personalizado.

En este contexto, la psicología perinatal juega un papel crucial, centrada en el bienestar de la madre, durante el embarazo, parto y postparto. Poder vivenciar una maternidad positiva y saludable ayuda a disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión pre y post natal.

Esta rama de la psicología ofrece también apoyo a las familias, fortaleciendo así los vínculos durante este período.

Para promover una sociedad saludable, los nacimientos en condiciones saludables y respetadas son necesarios. Esto se debe a que poder asegurar el bienestar de la madre y el bebé contribuyen a la posible reducción de enfermedades crónicas a lo largo de la vida. Además, puede colaborar también al fomentar la cohesión social, permitiendo que las familias se enfoquen en el desarrollo integral de sus hijos de una manera plena y gozosa, con menos niveles de estrés y frustración.

Por lo tanto, los planes de parto y la psicología perinatal representan avances importantes hacia una atención obstétrica más centrada en la mujer, más respetuosa y más personalizada, asegurando así una transición hacia la maternidad más informada, empoderada y emocionalmente positiva para las mujeres y sus familias.

Aún queda un largo camino que recorrer, seguir realizando investigaciones en el área es fundamental para generar cambios en los derechos sexuales y reproductivos que fomenten la libertad y el disfrute de la mujer.

## Referencias Bibliográficas

Aguilar, B. (2017). *Las edades de la medicina. La medicina burocrática*. Revista Uruguaya de Cardiología, 32(2), 114-120. ISSN 0797-0048.

Alonso, C., & Gerard, T. (2001). *El Parto Humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil*. En G. Freyermuth y P. Sesia (Eds.), *La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura* (pp. 95-101). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México: Instituto Nacional de las Mujeres.

Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós-Pomaire.

Barfield, T. (2000). *Diccionario de Antropología*. Siglo XXI, México.

Baró, S. (2022). *Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales*. Una revisión sistemática. En RIHUMSO pp. 19-33. ISSN 2250-8139. <https://doi.org/10.54789/rihumso.22.11.21.2>

Campos, T., & Lopes, M. (2020). *The couple's expectations for the birth plan*. Revista de Enfermagem Referência. ISSN: 2182.2883. [<https://rr.esenfc.pt/rr/>](<https://rr.esenfc.pt/rr/>)  
(Traducción propia)

Castro, R., & López, A. (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. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología - Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Censo. (2023). *Población preliminar*.  
[<https://censo2023.uy/poblacion-preliminar-censo-2023-3-444-263/>]

Crespillo et al. (2013). *Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres*.

[<https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/dN3KzwAYohph7CSJHshrsheUK0sFbionrwI3CB4o.pdf>]

Davis Floyd, R. (2001). *Los paradigmas Tecnocrático, Humanista y Holístico del parto*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 75 (1), 5-23.

De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Editorial Gallimard.

Dias, A. (2023). *O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na implementação do Plano de Parto*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia Relatório de Estágio. Lisboa. (Traducción propia)

Espinosa, G., & Paz, L. (2004). *La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva Sociológica*. 125-153. Universidad Autónoma Metropolitana. Distrito Federal: México. [<http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/35>]

Facio, A. (s/f). *El derecho a la igualdad entre hombres y mujeres*. [<https://www.corteidh.or.cr/tablas/a22083.pdf>]

Ferrari, O. (2023). *Del paternalismo médico al paciente informado*. [<https://www.savagnet.cl/mundo-medico/reportajes/del-paternalismo-medico-al-paciente-informado.html>]

Fernández del Castillo, I. (2008). *La revolución del nacimiento. Partos respetado, nacimientos más seguros*. [<https://webooks.co/images/team/academicos/psicologia/psicologia3/2.FernandezdelCastilloIsabellarevoluciondelnacimiento.pdf>]

Fernandez, P., Olza, I., & Carmona, S. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis

Freitas, D. (2017). *A satisfação da mulher com o parto: A influência do plano de parto*. Relatório de Estágio de Natureza Profissional. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Porto. (Traducción propia)

Galdos, S. S. (2013). *La conferencia del Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva*. Revista Peruana de Medicina

Experimental y Salud Pública, 30\*(3), 455-460.  
[<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329476014>]

García, E. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género*. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. <http://hdl.handle.net/10486/684184>

Gijón, N. (2016). *Plan de parto: Nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios*. Musas, 1\*(2), 35-51. ISSN 2385-7005. DOI:10.1344/musas2016.vol1.num2.9

González, A. (2015). *El parto humanizado como respuesta a la violencia obstétrica*. REVISTA DE ESTUDIOS CRÍTICOS DEL DERECHO.

Hernández, Y. (2006). *Acerca del género como categoría analítica*. Nómadas, 13, 1-15.

Hooks, B. (2004). *Entender el patriarcado*. Publicado en *The Will to Change: Men, Masculinity, and Love*, Simon and Schuster. Traducción: Gabriela Adelstein, Buenos Aires, 2014.

Hornos, P. (2011). *Ser madre, saberse madre, sentirse madre*. EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Hospital Quirón Salud Clideba (s/f). *Plan de Parto*. Area materno infantil. [<https://www.quironsalud.com/clideba/es/unidades-especiales-salud/unidad-educacion-maternal.ficheros/2174619-Folleto%20A5%20Plan%20de%20Parto%20CLIDEBA%20AF%20pliegos.pdf>]

Hutter, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Editorial Turner Publicaciones S.L.

Kaufman, T. (2007). *Evolution of the Birth Plan*. *The Journal of Perinatal Education*. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948092/>] (Traducción propia).

Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM. 3ª Edición, México.

Lampert, M. (2021). *Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Asesoría Técnica Parlamentaria.

Lopezosa, P., Hidalgo, M., & Rodriguez, M. (2017). *El cumplimiento del plan de parto y su relación con los resultados maternos y neonatales*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. DOI: 10.1590/1518-8345.2007.2953

Magnone, N., & Viera, M. (2015). *Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: reproducción y autonomía en foco*. [https://www.fhce.edu.uy/images/genero\\_cuerpo\\_sexualidad/Fronteras-Magnone.pdf](https://www.fhce.edu.uy/images/genero_cuerpo_sexualidad/Fronteras-Magnone.pdf)

Méndez, F. S., Ferrer, L. T., Muñoz, M. M., Gómez, J. A., & Jaime, A. A. (2017). *El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto*. Revista Internacional de Éticas Aplicadas, 26, 207-215. [\[https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189\]](https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189)

Molina Fernandez, I. (2010). *El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él?*. Matronas Profesión.

Mouta, R. J., Silva, T. M., Melo, P. T., Lopes, N. S., & Moreira, V. A. (2017). *Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino*. Revista Baiana de Enfermagem, 31(4), 1-10. (Traducción propia)

Naciones Unidas. (1995). *Declaración de Beijing. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. [\[http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf\]](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf)

Olza, I. (2017). *Parir: El poder del parto*. Editorial Vergara.

Olza, I. (s/f). *Nadie debe decidir por ti*. <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partonormal/3.-%20Nadie%20debe%20decidir%20por%20t%C3%ADbone%20Olza.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Plano de parto*. Parecer n.º 7 / 2012. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Enf Vítor Varela Presidente.

Palomar, C. (2005). *Maternidad: Historia y cultura*. Revista de Estudios de Género. La ventana, 22, 35-67.

Pinheiro, A., & Sardo, D. (2020). *Plan de nacimiento: Una mirada de los profesionales de la salud en Portugal*. Revista ROL de Enfermería, 43(1), 24-31. <http://hdl.handle.net/10400.26/31329>

Ramos, V. (2015). *Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay*. Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República, 15-26.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (n.d.). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed., versión 23.7 en línea). <https://dle.rae.es>

Reguant, D. (1996). *La mujer no existe*. Maite Canal, Bilbao. Citado en Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*. Ediciones B.

Rich, A. (1976). *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. Título original: *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. Traducción: Ana Becciu & Gabriela Adelstein.

Rodrigañez, C. (2007). *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y a energía sexual femenina*. Ediciones Crimentales S.L.

Rodríguez, C. (2020). *Autonomía y paternalismo en medicina*. <https://universidad.claeh.edu.uy/medicina/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/Cuidados-Paliativos-Claudio-Rodr%C3%ADguez.docx.pdf>

Rodríguez, L. (1998). *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Romero, C., & Muro, A. (2015). *Derechos sexuales y reproductivos*. Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad, 7, 273-288.

Silva, A., Neves, A., Goncalves, A., & Almeida, R. (2017). *Plano de parto: Ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem*. Revista de Enfermagem da UFSM. (Traducción propia)

Suarez, M., Armero, D., Canteras, M., & Martínez, M. (2017). *Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado*. Rev. Latino-Am. Enfermagem DOI: 10.1590/0104-1169.0067.2583

Santana, W. N., Azevêdo, J. A., Holanda, V. R., Gomes, A. L., & Albuquerque, G. P. (2020). *Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: Revisão integrativa*. Revista Baiana de Enfermagem, 1-10. (Traducción propia)

Su-Chen, K. (2010). *Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomized controlled trial*. International Journal of Nursing Studies, 47(1), 806-814.

Tyndall, M. (s/f). *Mortalidad materna: La maternidad segura se encuentra en el protagonismo de las mujeres mismas*. Asociación Primal, Costa Rica. [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partonormal/4.-%20La%20Maternidad%20segura\\_Asociacion%20Primal.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partonormal/4.-%20La%20Maternidad%20segura_Asociacion%20Primal.pdf)

Uruguay, Ministerio de Salud Pública. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*. Dirección General de la Salud.

Uruguay, Ministerio de Salud Pública. (2019). *A 10 años de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva: Avances y desafíos 2008-2018*.

Uruguay. (2008). *Ley° 18426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Uruguay. (2009). *Ley N° 17386 Ley de acompañamiento a la mujer en el preparto, parto y nacimiento*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>

Uruguay. (2012). *Ley N.° 18987 ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>

Uruguay. (2019). *Ley N° 19.580 de violencia hacia las mujeres basada en género*. Decreto N° 339/019. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/339-2019>

Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*. Ediciones B.

Vázquez, B. (2014). *El plan de parto. Una herramienta para la visibilización de las mujeres*. Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Instituto Universitario de Estudios Feministas y de Género. Máster Universitario en Investigación Aplicada en Estudios Feministas, de Género y Ciudadanía.

Vila-Candel, R. (2015). *Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera*. Matronas Profesión.

Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente: Una mirada feminista a la maternidad*. Capitán Swing Libros, S. L.

Welsh, J. (2014). *Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences*. *Midwifery*, 30(1), 885-891.