

Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad.
N°12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 79-92.

Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian

Contemporary models of care during childbearing. Respected bodies, women empowered

Natalia Magnone Alemán*

Departamento de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República Oriental del Uruguay, Uruguay.
nmagnosa@gmail.com

Resumen

El artículo presentado estudia los modelos de atención contemporáneos al parto en Uruguay. Se nutre teóricamente de teorías sociológicas sobre el riesgo, el cuerpo y la medicalización de la sociedad, de los modelos de atención a la salud humana definidos por la antropóloga David Floyd, y de perspectivas feministas sobre la sexualidad. Para su elaboración se toman entrevistas en profundidad y grupos de discusión realizados en el marco de la tesis de maestría en sociología de la autora. Sobre esta base se reflexiona en torno a las siguientes preguntas: ¿Qué concepciones de individuo y de cuerpo tienen los distintos modelos de atención al parto? ¿Qué prácticas obstétricas se establecen como consecuencia de estas concepciones? ¿Qué efectos tiene cada modo de atención sobre el respeto o no de los derechos humanos de las mujeres que paren?

Palabras clave: parto; cuerpo; género; sexualidad; salud.

Abstract

This article discusses contemporary models of care during childbearing in Uruguay. The sociological theories regarding risk, body and medicalization of society, the models of human health defined by the anthropologist David Floyd and the feminist perspective about sexuality are taken into account. The analysis is based on in-depth interviews and discussion groups conducted by the author during a research carried out to obtain the Master's degree in Sociology.

Within this frame some reflections are made from the following questions: Which conceptions of individual and of human body are behind the different models of care during childbearing? Which practices result from those conceptions? To what extent do the different models of care respect women's rights as human beings?

Keywords: childbirth; body; gender; sexuality; health.

* Licenciada en Trabajo Social, Máster en Sociología, Doctoranda en Ciencias Sociales con especialización en Trabajo Social. Docente e investigadora del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales.

Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian

Introducción

El ser humano está alterando profundamente la forma en que se reproduce. Como plantea Lembo (2009) hasta hace aproximadamente 250 años, las prácticas hacia el parto y nacimiento eran relativamente uniformes en el mundo; las mujeres se movían libremente durante el trabajo de parto, eran atendidas por otras mujeres a quienes conocían bien, y parían generalmente en sus casas. A partir del siglo XVIII, con el advenimiento de la era industrial, en las sociedades occidentales, se comienza a afectar el modo tradicional de atención del parto llegando a configurar en la actualidad, en la mayoría de estos países,¹ un modelo hospitalizado y centrado en la tecnología.

Davis Floyd² (2001) sostiene que en la actualidad los cuidados que afectan al parto se organizan en base a tres modelos en medicina: el tecnocrático, el humanista y el holístico. Cada modelo define diferente la relación mente-cuerpo y por tanto estructura a su modo el enfoque de cuidado sanitario.

El modelo tecnocrático jerarquiza la separación entre mente y cuerpo y piensa al cuerpo como una máquina; el modelo humanista subraya la conexión entre mente y cuerpo y define el cuerpo como un organismo; el modelo holístico plantea la unidad de

cuerpo, mente y espíritu y concibe el cuerpo como un campo de energía en interacción constante con otros campos de energía (Davis Floyd, 2001:1). La autora señala que las personas que se dedican a la obstetricia y que combinan elementos de los tres modelos tienen la oportunidad de crear el mejor sistema obstétrico conocido hasta ahora. Sin embargo lo que se observa a nivel global es la hegemonía de uno de los modelos: el tecnocrático en contexto hospitalario, con consecuencias no deseadas en los niveles de intervención sobre los cuerpos de las mujeres y los/as recién nacidos.

Uruguay en los últimos años registra un descenso significativo de la mortalidad materna e infantil (AIEPI, 2013:15). En términos comparativos es el país de la región con menor tasa de mortalidad materna y se encuentra entre las cuatro tasas más bajas de mortalidad infantil (OPS, 2012). El problema que se trabaja en este artículo es el crecimiento del intervencionismo obstétrico y sus consecuencias sobre la calidad de atención desde el punto de vista de los derechos de las mujeres. Por ejemplo, mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que en promedio los países deberían tener entre un 10 y un 15% de cesáreas, en Uruguay en el año 2011 se registró un 41% de cesáreas en el total de partos.³

Comentarios metodológicos

Entre los años 2008 y 2010 realicé una investigación con motivo de mi tesis de maestría en sociolo-

¹ Hay excepciones, pues países como Holanda o Inglaterra integran el parto en domicilio planificado dentro de las prestaciones de sus sistemas de salud. En Holanda el 30% de los nacimientos se producen en los hogares. Fuente: Simone Buitendijk, jefa del programa de salud infantil de la Organización Holandesa para la Investigación Científica Aplicada (TNO).

² Doctora en Antropología Cultural, especialista en antropología de la reproducción. Ha escrito varios libros y artículos sobre el modo como las sociedades occidentales organizan y ritualizan su reproducción. Es investigadora en el Departamento de Antropología de la Universidad de Texas, Austin.

³ Dato obtenido de la base de datos de Natalidad de la Unidad de Información Nacional en Salud, Dirección General de la Salud – Ministerio de Salud Pública. Facilitada por el Banco de Datos de la Facultad de Ciencias Sociales – Udelar. Procesamiento propio.

gía⁴ enfocada en los modelos de atención al parto en las instituciones médicas de Montevideo (capital del país que concentra la mayoría de la población y de prestadoras de salud, especialmente servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención). La investigación se desarrolló dentro del paradigma cualitativo, se utilizaron técnicas de producción de datos como la entrevista en profundidad y los grupos de discusión. La muestra fue sesgada y privilegió la palabra de personas críticas con el modelo tecnocrático⁵ de atención al parto y nacimiento, es decir personas que cuestionan el alto nivel de intervencionismo del modelo hegemónico. También se utilizaron datos estadísticos sobre natalidad, así como diversos documentos que organizan datos secundarios sobre el parto y nacimiento.

En el cuerpo de este artículo se utilizan fragmentos de algunas de estas entrevistas para ilustrar los aspectos tratados.

El contexto uruguayo, la atención al parto y las recomendaciones de la OMS

En relación a su situación demográfica, el Uruguay es un país de casi 3.5 millones de habitantes donde el 95% reside en zonas urbanas. El 94% de la población dice tener ascendencia racial europea, el 8% afro descendiente y el 5% indígena.⁶ Existe un patrón de distribución etaria atípica para la región pues presenta una población envejecida situándose en la etapa de transición demográfica avanzada. En la actualidad se registran cifras bajas de fecundidad y creciente envejecimiento de la cúspide de la pirámide poblacional debido a la consistente reducción de la mortalidad. La tasa de mortalidad infantil es inferior al promedio latinoamericano (9 por 1000 nacidos vivos en 2011) y sigue mostrando una tendencia descendente. (Arán y Laca, 2011).

Cuenta con un sistema de salud que abarca todo el territorio nacional, componiéndose por el subsector privado y el subsector público. El subsector privado está formado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) que asisten al 56% de la población del Uruguay y por los Seguros Privados que son empresas lucrativas que asisten al 2% de la población (se incluyen aquí los hospitales y clínicas privadas). El subsector público incluye a la red de hospitales públicos que están agrupadas en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Hospital Universitario (quienes conjuntamente dan cobertura al 37% de la población), las unidades de atención de las fuerzas armadas y policiales (cubren el 5% de la población), y las unidades de atención primaria de los municipios. (Arán y Laca, 2011).

La casi totalidad de los partos se asisten en maternidades ubicadas en hospitales o sanatorios. No existen Casas de Nacer⁷, y el nacimiento planificado en el hogar no alcanza a los 50 casos anuales en un total de aproximadamente 47.000 partos al año.⁸

La afirmación de que es mejor asistir todos los partos en centros asistenciales del mayor nivel de atención (que implica mayor nivel de tecnología) es cuestionada por la OMS (1996), quien plantea que "... una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, y en el nivel de asistencia inferior capaz de asegurar un manejo correcto del parto. Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se centren en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura" (FIGO, 1982). Una mujer con un embarazo de bajo riesgo en general no necesita de intervenciones médicas para lograr resultados perinatales satisfactorios. Sin embargo, si es asistida en una lógica preparada para encarar patologías será

⁴ Tesis titulada: "Derechos y Poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de humanización", Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República Oriental del Uruguay (Udelar), defendida en mayo del 2011.

⁵ Se entrevistó a: decisores/as de políticas públicas, referentes de la academia e integrantes de movimientos sociales; integrantes de los equipos de atención al parto: ginecólogos, parteras, estudiantes de partería, psicólogas, *doulas*; y mujeres que pasaron por la experiencia de parir (tanto en hospitales públicos, en mutualistas, y mujeres que planificaron su parto en domicilio asistidas por parteras). En total se contó con la opinión de 35 personas.

⁶ Las categorías no son excluyentes ya que cada persona puede nombrar más de una.

⁷ Son instituciones que funcionan fuera de los hospitales y atienden partos de bajo riesgo con el menor nivel de tecnología posible (como estrategia para prevenir la cascada intervencionista que muchas veces deriva en intervenciones injustificadas). En caso de que mujeres o bebés necesiten mayor complejidad en la asistencia son trasladados rápidamente a hospitales o sanatorios.

⁸ Es de destacar que desde el año 2011 el Ministerio de Salud Pública realiza declaraciones para desaconsejarlo. E incluso anunció la elaboración de un nuevo "Reglamento del ejercicio de la Profesión de Partera" que afectaría la posibilidad del ejercicio libre de la profesión.

sometida a intervenciones innecesarias que obstaculizan el desenlace “natural” del proceso.

El problema del crecimiento de intervenciones en el parto se acentuó, según la OMS (1996:3), cuando la siguiente afirmación errónea se instaló en el saber-hacer de los obstetras: “Un nacimiento sólo puede ser declarado normal retrospectivamente” y de este modo “el cuidado durante un parto normal debiera ser similar al cuidado de un parto complicado”. Esto trajo serias desventajas: la posibilidad de que un acontecimiento fisiológico normal se convierta en un procedimiento médico; la interferencia con la libertad de las mujeres a experimentar sus partos a su manera y en el lugar que ellas elijan; intervenciones innecesarias; y grandes costos para el sistema pues debe proveer cupos para un número elevado de parturientas. (OMS, 1996)

Trabajar desde una conceptualización fisiológica del parto significa asistirlo bajo el supuesto de que el evento se va a desarrollar de forma satisfactoria sin necesidad de alta tecnología, bajo la supervisión de profesionales calificados/as, con un control adecuado de los riesgos y con accesibilidad segura en caso de que haya necesidad de traslado urgente a un centro hospitalario.

Las profesiones legalmente autorizadas en Uruguay para asistir partos son la medicina ginecológica y la partería. Actualmente hay acuerdo en que los partos de riesgo deberían ser atendidos por obstetras ginecólogos/as en unidades con el nivel de especialización necesario para practicar las intervenciones que se requieran. La discusión está en la atención del resto de partos, calificados de bajo riesgo o partos normales. La OMS (1996) plantea que la profesional más apropiada para asistir el parto normal⁹ es la matrona, para el Uruguay esto significa: la partera. Y plantea que el obstetra ginecólogo debe actuar cada vez que se presenten situaciones de alto riesgo. Sin embargo la gran mayoría de partos son atendidos por médicos/as ginecólogos. Esto pasa en todas las prestadoras privadas, en donde se niega el derecho de las mujeres a ser asistidas por parteras. En el sector público las

⁹ Definido por la OMS (1996) como “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el feto se encuentran en buenas condiciones”.

parteras asisten partos normales en porcentajes minoritarios a los/as ginecólogos/as.

El cuerpo en el modelo de atención institucional al parto

“Para cambiar el mundo es preciso cambiar la forma de nacer”

Michel Odent

Tanto desde las ciencias sociales como humanas viene creciendo la tendencia a tomar al cuerpo como *focus* para analizar los procesos de producción y reproducción de la sociedad. Para Scribano (2013) existen múltiples posibilidades de agrupación de estas tendencias; sin ánimo de exhaustividad, señala: una línea ligada a los conceptos de control, disciplinamiento y tecnologías del yo (Foucault); otra devenida de las nociones de hábitus, hexis corporal y espacio social (Bourdieu); un conjunto de investigaciones del campo biopolítico (Esposito, Agamben, Negri y Hardt) y las indagaciones desde la visión post-colonial que toman al cuerpo como pista hacia el pensamiento contra-hegemónico. Otra posibilidad de análisis parte de comprender las discusiones teóricas a través de trabajos claves en la bibliografía específica (Scribano, 2013:96). En este trabajo para analizar “el cuerpo pariendo” se toman aportes de la sociología y antropología del cuerpo en los procesos de medicalización de las sociedades: Le Breton (2004), Ivan Illich (1987), Davis Floyd (2001) (2004).

Le Breton (2004) plantea que nuestra noción de cuerpo es una invención de las sociedades industriales que logró universalidad por la imposición del colonialismo y del capitalismo. Existen y han existido pueblos para los cuales el cuerpo es el soporte del espíritu, carente de características propias (Lutz, 2006: 216). El mismo autor afirma que las primeras disecciones del cuerpo humano en el siglo XVI muestran un cambio de mentalidad al transgredir el tabú de la “sacralidad del cuerpo”. A partir de allí y de la mano de la búsqueda de la “certeza racional”, el ser humano experimenta una “bifurcación”, en donde el cuerpo despreciado por la cultura erudita es apropiado como objeto del saber experto por la biomedicina. (Morales, 2010:1)

En Uruguay la asistencia institucional al parto contiene los rasgos del modelo biomédico y tecnocrá-

tico.¹⁰ Derivado del paradigma mecanicista de la sociedad, subraya la separación entre mente y cuerpo y visualiza al cuerpo como una máquina. Esta “máquina corporal” es investigada científicamente dejando de lado fenómenos como los sentimientos, el contexto social, la espiritualidad y las diferencias de personalidad. Se trabaja sobre un individuo que puede ser dividido en partes y se asume que la mente no reside en el cuerpo, sino que separada de él, lo trasciende. Se supone que la esencia cultural superior de la especie (mente) puede permanecer inmutable mientras que el cuerpo, como parte de la naturaleza mecánica, se puede dividir, estudiar y reparar. (Davis Floyd, 2004:27)

Hacia la necesaria integración de saberes mente-cuerpo

Descartes cuando expone su método de duda radical enuncia:

Pero habiendo ya conocido en mí muy claramente que la naturaleza inteligente es distinta de la corporal, y considerando que toda composición indica alguna dependencia, y que la dependencia es manifiestamente un defecto, juzgaba por eso que no podía ser una perfección en Dios el componerse de esas dos naturalezas, y que, por consiguiente, Dios no era compuesto; pero en cambio, si en el mundo había cuerpos, o bien algunas inteligencias u otras naturalezas que no fuesen del todo perfectas su ser debía depender del poder de Dios, hasta el punto de no ser capaz de subsistir sin él un solo instante. (2006:102)

En esta afirmación además de distinguir la naturaleza corporal de la racional, impone la jerarquía entre ellas; la razón/inteligencia pertenece a la naturaleza de Dios de lo “perfecto” y el cuerpo, ya marcado por la inferiorización de la alteridad, pertenece a “otras naturalezas”, y por ello, se deberá al dominio de la razón.

¹⁰ Los doce principios que lo describen son: separación mente-cuerpo; el cuerpo como una máquina; el paciente como objeto; distanciamiento del médico; diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro; organización jerárquica y estandarización del cuidado; autoridad y responsabilidad inherente al médico; sobrevaloración de la ciencia y la tecnología; intervenciones agresivas con énfasis a corto plazo; la muerte como derrota; sistema guiado por las ganancias; intolerancia hacia otras modalidades de curación humanas. (Floyd, 2004)

Las consecuencias del dualismo jerárquico cartesiano se expresan en la forma como se desarrollan los partos. De las entrevistas realizadas surge que muchas de las dificultades obstétricas se producen porque los equipos de salud “encarnan” el principio cartesiano de no dar la menor certeza racional a los sentidos (Morales, 2010:2). La percepción sensorial de las mujeres que están en trabajo de parto y sus necesidades de movilidad corporal no son tenidas en cuenta. El poder simbólico del mandato médico es tan fuerte que la mayoría de las mujeres pierden la noción intuitiva sobre qué tipo de posiciones las favorecería en el trabajo de parto y durante el parto. Como se puede ver en el siguiente fragmento de entrevista:

Una vez había una mujer en trabajo de parto que estaba sumamente dolorida. Le dijimos que se pusiera como quisiera. Y la mujer no sabía que quería. Están acostumbradas desde toda su vida a que las ponen horizontal..., entonces te quedan mirando: ¿De qué me estás hablando? Le dijimos que se agarrara a una baranda y balanceara sus caderas. Lo hizo y le fue muy bien. Entonces la de la otra cama se puso a hacer lo mismo, estaban las dos balanceando sus caderas y entró un médico.... y dijo: ¿Qué están haciendo? ¡Qué posición más bizarra!!.” (Entrevista 4, psicóloga, enfermera y estudiante de partería).

Los mandatos del cuerpo médico instan a la represión de los instintos y al “control” del cuerpo y sus expresiones. Es común pedirles a las mujeres que hagan cosas contrarias a sus necesidades, “Imagen de Dios, el cuerpo se volvió imagen de la sociedad mediante el proceso histórico de materialización de los valores y reificación de las relaciones sociales”. (Lutz, 2006:218). A través del análisis de la atención al parto se hace evidente la materialización del valor de la razón sobre el cuerpo. Es usual la prohibición de “gritar”, cuando está comprobado el beneficio de emitir sonidos vocales que ayudan a la dilatación del cuello del útero. Otra prohibición común es la de no pujar, tanto para poder ser trasladadas a salas de parto, o porque el médico no llega, o porque no hay lugar en la sala de parto.

Una adolescente entrevistada ejemplifica la violencia de los profesionales que la asistieron, que en vez de apoyar el momento del proceso en que estaba, la obligaron a realizar movimientos contrarios a lo que ella sentía que haría bien a su bebé.

Cuando me llevaron a sala de parto ella ya estaba con la cabeza afuera. Me dijeron no hagas fuerza, pero ya no aguantás... Y me decían: pará!! aguantá!! Me subieron para arriba de la sala y me hicieron apretar las piernas y yo no quería porque sentía que apretaba la cabecita de ella.

Una máquina defectuosa: la sobredimensión del enfoque de riesgos

La metáfora del cuerpo como máquina tiene distinción de género. Mientras el cuerpo masculino es tomado como ideal, el cuerpo femenino fue concebido históricamente como una máquina defectuosa, en consecuencia: "(...) a pesar de la creciente aceptación del parto como algo mecánico,(...), pasó a ser visto como un proceso mecánico inherentemente imperfecto y poco fiable, y la metáfora del cuerpo femenino como una máquina defectuosa finalmente formó la base filosófica de la obstetricia moderna". (Davis Floyd, 2001:3)

Como plantea un médico humanista entrevistado: "*Ese es el tema, formado con el libro de patología atendiendo todo...*" (Entrevista 18, médico ginecólogo)

Existe toda una biblioteca que se ocupa de la atención del parto normal que combina perfectamente con las bibliotecas sobre las patologías del parto. Cada vez que un trabajo de parto se complica comenzarían a regir las bibliotecas sobre parto patológico. Todos los partos de bajo riesgo podrían empezar y desarrollarse tratando de realizar las menores intervenciones, bajo los lineamientos de las bibliotecas sobre el parto normal.

El enfoque de riesgo obstétrico,¹¹ necesario para prevenir patologías, muchas veces es sobredimensionado en la atención. La sociología del riesgo propone considerar el riesgo como dispositivo biopolítico de dominación, relacionando las formas como una sociedad produce y enfrenta los riesgos con los mecanismos de poder hegemónicos (Mitjavila, 2008). En este sentido existe una relación entre la visión del cuerpo femenino como máquina defectuosa y una

forma específica de aplicar el enfoque de riesgos en los procesos obstétricos. Como muestra la siguiente entrevista:

(...) en general los médicos ven al embarazo como potencialmente riesgoso. Por ejemplo cuando ingresa una señora y le hacen una historia clínica, la hacen suponiendo o buscando una patología que de repente no existe. Si ingresó con una presión de 120 -mmHg- (que en realidad es normal) ya le piden toda una serie de exámenes, que además de poner nerviosa a la señora aumenta los costos en salud. Pudiendo realizar sólo un examen de orina, dejar a la señora en reposo y a las seis horas hacerle otro control -...- ¿Qué puede pensar esa mujer? ... a veces genera que aparezcan signos producidos por eso mismo, como una cadena de intervención, se hace una intervención y eso genera la necesidad de otra intervención." (Entrevista 14, partera)

La radicalización del enfoque de riesgos está muy relacionada a la medicina defensiva. Los médicos/as tratan de hacer la mayor cantidad de pruebas objetivas y dejar constancia de ellas, por las dudas si en el futuro se abre una demanda sobre su práctica médica. Rodríguez (2006) plantea que cuando se ejerce guiado por la defensa, las decisiones médicas no se sustentan en la evidencia científica o en la experiencia del médico; el objetivo principal es la protección ante un eventual futuro reclamo del paciente. Tanto desde el punto de vista ético, como de salud pública, no es admisible pues no tiene como centro al paciente y agrega costos innecesarios al sistema de salud.

Estandarización e intervencionismo

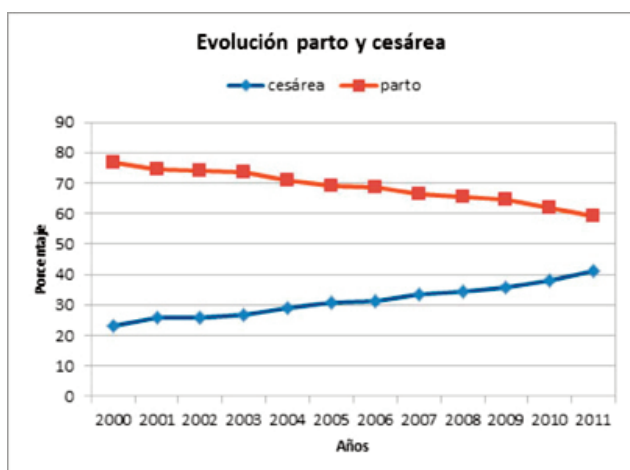
El parto es concebido de forma estandarizada, con una pauta temporal que no se adapta a las particularidades de cada proceso. En la práctica cotidiana de asistencia se producen una batería de intervenciones destinadas a "regularizar" desde afuera los tiempos internos de cada parto y cada cuerpo. Se realizan roturas tempranas del saco amniótico, exploraciones vaginales demasiado frecuentes, se inyecta a las mujeres oxitocina sintética para acelerar las contracciones y se practica la episiotomía¹² de forma rutinaria en el período expulsivo. Todas estas prácticas están

¹¹ Organiza la aplicación de técnicas y procedimientos que permitan identificar aquellas situaciones que puedan ser anormales en el proceso de gestación.

¹² Es una incisión quirúrgica en la vagina y el periné que se realiza para acelerar la expulsión del bebé y porque se supone previene

dentro de lo que la OMS (1996) cataloga como: actos en los que no existe una clara evidencia para fomentarlos y que deberían ser usados con cautela hasta que diversos estudios clarifiquen el asunto; y actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea.

En Uruguay son escasas las investigaciones científicas sobre este tipo de prácticas obstétricas. No hay información pública sobre estadísticas que midan por ejemplo, las episiotomías o rotura precoz del saco amniótico. Los estudios más frecuentes y las campañas de salud están más bien dirigidos a disminuir la morbi-mortalidad perinatal desde una mirada médica-tecnocrática, así como a aumentar la participación de las mujeres en los controles médicos prenatales. No hay interés en orientar a la población y a las prestadoras de salud hacia formas de asistencia que respeten el parto fisiológico y los derechos de las mujeres a elegir cómo, dónde y con quién parir.



Elaboración propia a partir de datos de Estadísticas vitales – Dirección General de Salud - MSP

Un estudio realizado en el año 2004 en 12 hospitales públicos del Uruguay¹³ reveló que, en aquel momento, la episiotomía se aplicaba en primíparas a

desgarros. Una investigación que compara los resultados del parto vertical vs el parto horizontal encontró que: el tiempo expulsivo es menor en el parto vertical, se requirió de menor uso de episiotomía en el parto vertical que en el horizontal (26,5% vs 56,3%) y las mujeres percibieron al parto vertical como más rápido, más cómodo y menos doloroso que el horizontal. Calderón, Jorge et al, (2008) "Parto vertical retornando a una costumbre ancestral" en *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol 54: 49-57

¹³ Colomar, Mercedes et al, (2004) "Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los hospitales públicos de Uruguay" en: *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, Volumen 72, Núm. 9.

más del 80%; el rasurado perineal se utilizó en más del 50%; en la mitad de los hospitales encuestados el uso del enema fue mayor del 30% y alcanzó el 80% en algunas instituciones. Tanto el rasurado como el enema están desaconsejados por la OMS desde 1985.

En Uruguay el porcentaje de cesáreas crece año a año y no existen medidas por parte del Ministerio de Salud para detener esta tendencia. En la siguiente gráfica se puede observar su aumento sostenido:

Davis Floyd (2001) plantea que las intervenciones médicas en el parto actúan como rituales que hacen creer a las mujeres que sus cuerpos necesitan de la intervención y de la alta tecnología para parir. La mayoría acepta y naturaliza el alto nivel de intervencionismo en sus partos. Lo que en general se desconoce es que las intervenciones externas alteran el delicado equilibrio entre las distintas hormonas que actúan en el proceso. Desde el saber de la partería se define al parto como un "conjunto de hormonas en acción", en donde cualquier intervención modifica este equilibrio y altera el resultado. Cuando las personas estamos en tensión (bajo amenazas físicas, con ruidos o luces brillantes) segregamos la hormona adrenalina que, cuando está sobrerrepresentada en el parto, impide la producción de las hormonas oxitocinas (que producen las contracciones y por tanto la dilatación del cuello del útero) y endorfinas (responsable de la anestesia natural). Para favorecer el desarrollo de la mejor combinación hormonal, las mujeres deberían estar tranquilas, confiadas, en ambientes de poca luz y en silencio.

Sin embargo, en la mayoría de las entrevistas realizadas se señala que tanto el sistema de salud como los usuarios/as tienden a creer que cuanto más tecnología implicada en la atención del parto, mejores resultados se obtendrán. Por ejemplo, casi no existen mujeres que se resistan a la colocación de un monitor electrónico y prefieran la auscultación tradicional (método fiable y que permite la movilidad de las mujeres). Si bien el monitor electrónico fue creado para mejorar los resultados perinatales su uso de forma permanente impide que las mujeres se puedan parar o caminar lo cual complica sobrellevar el dolor y lograr la concentración necesaria para la dilatación del cuello del útero.

Parirás como yo digo!

En el análisis del modo de asistencia al parto se evidencian distintas expresiones del sistema patriarcal. Lerner (1990) quien analiza la historia del patriarcado, plantea cómo éste ha permitido organizar la dominación de la sexualidad de las mujeres, mediante la represión de sus cuerpos, "(...) su sexualidad y sus cuerpos están al servicio de otros, falta de libertad que supone estar sexual y reproductivamente controlada por hombres" (Lerner, 1990: 59). Cuerpo "de otros", obligado por la autoridad y el poder médico a parir de forma horizontal. Todas son obligadas a acostarse para "el tacto" (la revisión de la dilatación del cuello del útero) y casi todas son obligadas a parir acostadas con las piernas levantadas. Esto se sigue practicando aunque ya existen investigaciones que afirman que el parto vertical mejora los resultados obstétricos.¹⁴

El siguiente fragmento de una entrevista realizada a una mujer asistida en una mutualista muestra la cosificación y el maltrato por ella sentidos.

Nunca me imaginé que iba a vivir todo lo que no quería vivir, excepto que naciera mi hijo. Generalmente tengo un umbral de dolor bastante alto, no tomo calmantes, respiro, inhalo, exhalo, hago yoga. Y de un momento para otro me dijeron: no podés gritar así, me dieron un calmante, me rompieron la bolsa, el tipo venía, me metía la mano como si nada. Sentí que mi cuerpo no era más mi cuerpo. (Entrevista 6)

Dos de las parteras entrevistadas dan cuenta de la visión que tienen las instituciones de salud de las mujeres que van a parir:

No se reconoce a la mujer embarazada como persona que tiene derechos en ese momento, derecho de decidir. Todas las decisiones pasan por otras personas y nunca por la mujer. (Entrevista 17, partera)

Si hay alguna mujer que tiene opinión, que sabe lo que quiere o empieza a opinar es muy cuestionada, como que es muy quejosa... No es valorada en la preocupación por su salud y la de su hijo. (Entrevista 20, partera)

¹⁴ Calderón, J. et al, (2008) "Parto vertical retornando a una costumbre ancestral" en *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 54: 49-57 disponible en: www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas.../A11V54N1.pdf

Las consecuencias iatrogénicas de los procesos de medicalización

El pensador Iván Illich publicó en los setenta el libro *Nemésis Médica*, en donde enuncia una serie de consecuencias negativas de los procesos de medicalización de las sociedades. Una de sus tesis anuncia la creciente pérdida de control, por parte de los sujetos individuales y colectivos, tanto de sus condiciones internas como de aquellas referidas al medio ambiente. (Illich, 1987: 13-17;171 en Mitjavila, 1998:10-11)

Desde Illich a Foucault, son varios los autores que describen el proceso de crisis de la biomedicina, "(...) al llevar al extremo la aporía del cuerpo sin sujeto la biomedicina ha caído en innumerables escollos que son objeto de juicio por parte de la ética clínica." (Morales, 2010:2)

En consonancia con esto la mayoría de las/os profesionales entrevistadas/os son críticas con respecto a la extrema medicalización de la sociedad, colocando la autonomía como uno de los ejes para pensar la mejor relación entre los sistemas médicos y las usuarias.

Nadie se plantea, ni las mujeres, ni los técnicos, que la mujer tiene un derecho soberano a decidir si se va a controlar su embarazo o no, si va a tomar una medicación o no, si se va a cuidar o no. Yo le puedo decir a una señora, tu deberías hacer reposo o dejar de fumar, le puedo hacer sugerencias pero en realidad el cuerpo es de la señora, ni de su compañero, ni de su mamá, es de ella, tenga la edad que tenga. (Entrevista 5, partera)

Las condiciones actuales de atención al parto profundizan el proceso de pérdida de control de las mujeres en sus procesos de parto y favorecen la apropiación, por parte de las instituciones, de la potencia de parir del género humano. En el siguiente fragmento de entrevista se puede observar lo placentero que puede resultar realizar intervenciones obstétricas y "manipular los cuerpos" para un médico que asiste desde el modelo tecnocrático.

-¿Qué te gusta de atender partos?

Y todo, yo qué sé, es una vida que va llegando, es esa habilidad, esa destreza manual, son varias cosas que tenés que manejar bien con tus manos, ... cuando termina un parto te sentís de una forma que es increíble, es una emoción por dentro, si estás cansado se te va

todo. -...- Y la cesárea tiene otra magia, ¿no?

Es algo para mí fantástico, todo el block, lo que encierra el block, esa cosa desde vestirse, hasta todos los cuidados, y la técnica. Las cesáreas -...- si bien varían un poco, en diez minutos el bebé está afuera.

Le Breton plantea que, a partir de la crisis de la biomedicina o “desmodernización” del saber médico, cada vez más las personas buscan una respuesta holista a sus padecimientos (Lutz, 2006:218). De este modo en el apartado siguiente se describe un modelo alternativo a la atención institucional para la asistencia del parto y nacimiento.

El cuerpo en modelos holísticos de atención al parto

“Yo al momento de parir necesitaba sentirme la persona más poderosa del mundo...

Y fue lo que sucedió, fue algo mágico, con una amiga le decimos:

el síndrome de la superniña, porque sentís que nada te va a pasar en el mundo”¹⁵

Experiencias desde la asistencia y la vivencia de partos en domicilio

Si bien hasta hace tres generaciones era común parir en la casa con asistencia de parteras, el proceso de fuerte medicalización de nuestra sociedad hizo dejar de lado esta experiencia como algo común. A la vez, siempre han existido parteras, unas pocas, que siguieron dedicándose al ejercicio libre de su profesión, asistiendo el parto planificado en domicilio (Entrevista 2, partera referente del movimiento de humanización del parto en Uruguay).

En las entrevistas realizadas para el trabajo de campo me concentré en uno de los grupos de parteras que asisten partos en domicilios: *Nacer Mejor*, definido dentro del modelo holístico¹⁶ de atención al

¹⁵ Fragmento de entrevista a una mujer que parió en su casa, asistida por parteras dentro del modelo holístico.

¹⁶ Según Davis Floyd (2001) sus principios son: unidad cuerpo-mente-espíritu; el cuerpo como un sistema de energía interconectado con otros sistemas de energía; sanando a la persona por completo, en el contexto de su vida entera; unidad esencial entre el profesional y el paciente; diagnóstico y sanación desde adentro hacia fuera; estructura organizacional del trabajo en red; la autoridad y responsabilidad como inherentes a cada individuo; la ciencia y la tecnología colocadas al servicio del individuo; enfoque a

parto está conformado por un grupo de profesionales que trabajan hace quince años para que cada mujer se reencuentre con su capacidad instintiva de dar a luz y tome la conducción activa del parto. Promueven que, tanto la familia, las instituciones de salud y la sociedad apoyen el derecho de la mujer y del niño/a a tener el mejor nacimiento posible, así como también el respeto a una lactancia natural, en un medio amoroso y seguro, sea cual sea su condición de salud y su nivel socioeconómico.¹⁷

Parten de una visión espiritual del parto y trabajan para procurar que el nacimiento se conserve como un momento sagrado. Entienden que cada embarazo y parto es para la mujer y su entorno afectivo una experiencia única e irrepetible y que tendrá una enorme trascendencia en los vínculos futuros de la recién nacida/o con sus seres más cercanos. Sus servicios abarcan: cursos de preparación para el parto, asistencia del parto planificado en domicilio¹⁸, consultas de control de embarazo, acompañamiento de trabajos de partos en instituciones, y talleres de lactancia y crianza.¹⁹

Desde sus comienzos la demanda de su trabajo se ha mantenido en aumento; mientras en los años 1998 y 1999 asistían dos o tres partos, en el año 2011, 31 parejas planificaron su parto en domicilio. Comprobaron que cada vez que se hace alguna campaña masiva por la humanización del parto, la demanda de sus servicios crece. Identifican ciertas razones comunes entre las personas que recurren a *Nacer Mejor*: la creciente necesidad de las mujeres y sus parejas de ser verdaderas protagonistas del nacimiento de sus hijos, el rechazo a la creciente intervención innecesaria, el deseo de vivir el parto como un momento íntimo, lejos de las rutinas hospitalarias y en un ambiente familiar. (Entrevista a *Nacer Mejor*)

largo plazo en la creación y el mantenimiento de la salud; la muerte como un paso en un proceso; la sanación como enfoque; abarcar múltiples modalidades de sanación.

¹⁷ Fuente: informe de presentación institucional de *Nacer Mejor*.

¹⁸ Si bien existen en Uruguay otras parteras que asisten partos en domicilio se analiza este grupo por su permanencia en el tiempo y por su creciente demanda de servicios. No cualquier parto puede ser asistido en domicilio, es necesario: que la mujer esté completamente sana, con un embarazo controlado y de bajo riesgo, en una casa en condiciones habitables y en lugar accesible para realizar un traslado a un centro de salud, con la asistencia de una partera o un ginecólogo.

¹⁹ Fuente: informe de presentación de *Nacer Mejor*.

El parto holístico

De los tres paradigmas que identifica Floyd (2001), el modelo holístico abarca una gran variedad de enfoques, distintas modalidades curativas que afectan la energía personal. La palabra holismo es utilizada para expresar la inclusión de la mente, el cuerpo, el espíritu y el entorno de la persona en el proceso de su curación. Parten de los descubrimientos científicos que indican que el cerebro, el asiento físico de la mente, no está situado en la cabeza sino que de hecho se extiende a lo largo del sistema nervioso central. Si el cerebro está distribuido a lo largo del cuerpo hace que sea más difícil hablar o pensar en el cuerpo y la mente como entidades separadas. (Davis Floyd, 2001)

Para las parteras de *Nacer Mejor* las experiencias de vida de cada mujer van a influir en el parto; el estado como cada una llegue a ese momento singularizará su proceso necesariamente.

Los partos son una oportunidad de trabajar mucha cosa, cosas personales, de tu vida, de lo que te está pasando -...- es un viaje donde tenés horas para procesar cosas. -...- Siempre decimos que los partos duran lo que tienen que durar, según lo que tengas que sanar. (Entrevista a *Nacer Mejor*)

Scribano (2013: 94) plantea que separar analíticamente al cuerpo de las emociones es un sinsentido, pues las emociones resultan en estados corporales. En el modelo que estamos analizando, ocuparse de los estados y emociones psicológicos es fundamental, como podemos ver en el siguiente ejemplo de una mujer asistida por un ginecólogo que tiene en cuenta aspectos holísticos.

Llegué a las doce de la noche, con contracciones todas seguidas, no podía más de dolor y no había dilatado nada... el doctor me dijo: vos caminá, si querés dormí. Me bañé como tres veces, a las dos de la mañana volvió y había dilatado muy poquito, entonces me preguntó: ¿Cuáles son tus miedos? Yo le dije que temía no dilatar. Él me dijo que eso era imposible, que todas las mujeres dilataban. Eso bastó para que a las 4 de la mañana llegara a la dilatación completa. (Entrevista 22)

Componer con el cuerpo que pare

Se parte de la idea de acompañar, de componer con el cuerpo-mente-espíritu de la mujer que está pariendo. Para *Nacer Mejor*, “ la idea es tener en ese momento varias opciones de lugares, posiciones posibles y que, en el momento mismo del nacimiento, la mujer se deje llevar por lo que su cuerpo le vaya pidiendo”. (Entrevista a *Nacer Mejor*)

En esa composición de cuerpos muchas veces se produce una unidad nueva entre la mujer que pare y la partera o médico que asiste. En la medida que el cuerpo es concebido como un campo de energía, a medida que los campos interactúan pueden fusionarse.

Yo ya no podía más de dolor, hacía más de 30 horas que tenía contracciones muy fuertes. Había planificado un parto en casa pero la dilatación no avanzaba y las parteras me trasladaron a la mutualista. Cuando llegué me pusieron en una cama, me colocaron la oxitocina y me enchufaron al monitor. El dolor aumentó y yo sólo quería una cesárea. Ahí una de mis parteras sacó a todo el mundo para afuera, bajó la luz de la habitación y comenzó a decirme palabras alentadoras al oído: que me entregara al dolor, que dejara que mi cuerpo se abriera, que yo podía... al ratito ya estaba en dilatación completa, pujando y el dolor se transformó en fuerza. (Grupo de discusión, mujer asistida por *Nacer Mejor*)

Diferencia entre dolor y sufrimiento

El dolor puede ser analizado como una producción natural y cultural. Según las mujeres entrevistadas el parto representó una situación de dolor, pero su vivencia dependió de las personalidades, de los imaginarios sociales, de la información, de la contención, de la libertad de movimiento, del apoyo recibido, de la tranquilidad, de la intimidad, de la concentración, de la confianza, y de la posibilidad de vivir el parto como algo propio.

Yo quería estar en todo, hasta en el dolor porque es parte de ese pasaje, sentirlo... - Que fuera sin complicaciones, que fluyera, sin sufrimiento, el dolor como inevitable, pero distinguiendo el sufrimiento, que no hubiera sufrimiento innecesario. (Grupo de discusión, mujer asistida por *Nacer Mejor*).

En las experiencias de las mujeres que hicieron los cursos en *Nacer Mejor* apareció la distinción entre dolor y sufrimiento. En general las vivencias de sufrimiento las relacionaban con no contar con las condiciones sanitarias necesarias para transitar el dolor de forma positiva, por ejemplo, con no poder moverse como querían, con no ser respetadas en su intimidad y con las constantes intervenciones a las que fueron sometidas.

Los modelos de atención al parto se diferencian en cómo entienden y encarar el dolor. Mientras el modelo holístico lo asume y trabaja con técnicas naturales para aliviarlo, el modelo tecnocrático trata de erradicarlo.

Una experiencia que potencia

Varias mujeres entrevistadas afirman que cuando son parte de todo el proceso de decisiones de asistencia de su embarazo y su parto, cuando logran que se haga lo que ellas consideran necesario para sentirse seguras, el parto se transforma en una experiencia que las potenció como personas en todas sus dimensiones.

Tuve tres hijos, los tres en mi casa, y siento que los partos fueron los momentos en donde me conocí. En donde descubrí la potencia que tenía, de lo que era capaz. Los partos me empoderaron. Y si te das cuenta de eso, toda tu vida cambia. Entonces es lógico que el sistema de poder no quiera que las mujeres pasemos por esas experiencias, es muy simple, te quitan esta posibilidad y te dejan despotenciada. (Entrevista 30, mujer asistida por parteras en su domicilio)

En los discursos de las mujeres que se prepararon para el parto en *Nacer Mejor* es común encontrar la idea de que los partos son un camino de empoderamiento. Carneiro (2008), quien investiga este tema, se pregunta si un nuevo feminismo se está gestando por las mujeres que participan en el parto humanizado y entiende que, en un futuro no muy lejano, el tema del parto será parte de las agendas feministas.

Sin pretender responder la pregunta de Carneiro, sí parece claro que las condiciones de la atención del parto contemporáneo afectan la calidad de la autonomía de las mujeres. Como plantea Fernández:

(...) en el caso de la autonomía de género estamos hablando del grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de los otros. Comprende la capacidad de instituir proyectos propios y la producción de acciones deliberadas (voluntad) para lograrlos; implica un doble movimiento de subjetivarse como sujetos y objetivarse como ciudadanas. (2006: 14)

El siguiente fragmento de entrevista a una partera en formación holística da cuenta del doble movimiento que plantea Fernández sobre subjetivarse como sujetos y objetivarse como ciudadanas. El camino de crecimiento personal que le ofreció el parto le sirvió para fortalecer su capacidad de exigir lo que quería para sí-

-¿Sentís que tu parto te potenció?

-Si!!, y todavía sigo. Me conectó en un principio con la decisión de exigir para mí lo que era necesario, si podía lograr eso casi todas las otras cosas iban a andar bien, defender y sostener las cosas que yo pensaba necesarias ... Tomar la decisión y llevarla a cabo fue para mí apun- talante, me dio más estructura. Y después sentir que soy capaz de conocer el cuerpo y dejarlo hacer, sentir que fui capaz de no interferir, así como no interferí cuando se hicieron sus manitos, que eso se iba a dar naturalmente. Y una gran sensación de invencibilidad, luego fue bajando... pero sí, de seguridad en mí misma, de mi capacidad de cuidar a otros, qué difícil debe ser para las mujeres que entregaron su responsabilidad a otros cuando tienen que sostenerse o sostener a sus hijos, sin saber que pueden, a mí me fortaleció desde ahí”.

Reflexiones finales: lo que los cuerpos merecen

Como sociedad, contamos con suficientes conocimientos en obstetricia, tenemos los recursos necesarios para ofrecer asistencia al parto en todo el territorio nacional y todavía preservamos parte del conocimiento ancestral de la partería tradicional. Sin embargo, ¿por qué no integramos estas dimensiones para crear un sistema de calidad que asista el parto respetando los derechos de las mujeres?

En el desarrollo del artículo se trabajaron asuntos que responden distintos aspectos de esta pregunta, tales como: la creencia en la capacidad de la tecnología médica para controlar la vida, el dolor y la muerte; la pérdida de la capacidad de las personas de

controlar su salud como consecuencia del desconocimiento del propio cuerpo; las expresiones del patriarcado en la asistencia al parto; la radicalización del enfoque de riesgos en conjunto con la medicina defensiva para la producción de la cascada intervencionista; y la visión del parto como fenómeno patológico.

En términos de tendencias sociales, en vez de apoyar el asombroso proceso humano de parir lo estamos sustituyendo por el poder de la medicina y la tecnología de anestesiarse, cortar, sacar y coser. En este escenario se requiere de cuerpos obedientes que se sometan a una racionalidad superior, en donde no existe la posibilidad de integrar el saber racional con el saber instintivo y corporal.

Como contrapunto a esta tendencia imperante y prácticamente hegemónica, al menos en Uruguay, se plantearon experiencias del modelo de asistencia holístico del parto. Escenarios en donde cuerpo y alma son expresiones paralelas de una singularidad, todo lo que afecta al cuerpo afecta al alma y viceversa. Aquí encontramos experiencias muy positivas de vivir los procesos reproductivos, asumiendo el dolor y las dificultades, pero vivenciando la capacidad corporal de crear la vida.

En concordancia con Scheper y Lock (1987) quienes trabajan al cuerpo como locus político, desde una mirada enfocada en cómo las sociedades regulan, vigilan y controlan los cuerpos (individuales y colectivos), tanto en lo reproductivo como en lo sexual; propongo pensar al parto como un fenómeno político que puede aumentar o disminuir la autonomía de las mujeres como sujeto colectivo. No es mi intención “abogar” por nuevos ideales maternales. Todavía vivimos en un mundo patriarcal en donde la maternidad es un mandato social, que adolece de las condiciones sociales para desarrollarse con respeto, en armonía y amor. En la mayoría de los países de América Latina no existe el derecho al aborto, condición necesaria para la sustanciación de maternidades libres y gozadas.

En síntesis, creo que cada mujer debe ser libre de plantearse un proyecto maternal o no. Mi trabajo busca aportar para la mejora de las condiciones del parto y el nacimiento para las que así lo quieran. En Uruguay esto significa “humanizar” la atención en los hospitales y sanatorios: bajando el nivel de intervencionismo innecesario, permitiendo la movilidad de las

mujeres en el trabajo de parto y parto, generando mayores posibilidades para la vivencia del evento en condiciones de intimidad y tranquilidad. Así como también es preciso respetar el derecho de las mujeres de elegir cómo, dónde y con quién parir, por tanto, construir *Casas de Nacer* accesibles para la mayoría de la población y garantizar la asistencia al parto domiciliario dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Bibliografía

- AIEPI (2013), *Manual clínico neonatal*, Uruguay. Disponible en: <http://www.paho.org/clap>
- ARAN, D. y LACA, H. (2011) "Sistema de Salud en Uruguay". *Revista Salud Pública de México*, Vol. 53, suplemento 2, Montevideo, Uruguay.
- CARNEIRO, R (2008) "Parto e Feminismo: quando o nascimento se transforma numa questão ético-estilística" Ponencia presentada en IX Jornadas de Historia de las Mujeres, Buenos Aires.
- COLOMAR, M., et al (2004) "Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los Hospitales Públicos del Uruguay". *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, Vol. 72, Número 9, México D.F.
- DAVIS FLOYD, R. (2001) "Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto". *Revista International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, suplemento nº 1, p. 5-23.
- DAVIS FLOYD, R. (2004) *Del Médico al Sanador*, Buenos Aires: Creavida.
- DESCARTES, R. (2006) *Discurso del Método*, Argentina: Longseller.
- LE BRETON, D. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Edición Nueva Visión.
- LEMBO, M. (2009) "Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales", disponible en: http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/VoIV_N2_2009
- LERNER, G. (1990) *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica.
- LUTZ, B. (2006) "El cuerpo: sus usos y representaciones en la modernidad". Reseña bibliográfica de Le Breton, David (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Convergencias Revista de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma del Estado de México.
- MITJAVILA, M. (1998), *El saber médico y la medicalización del espacio social*, Montevideo, Documento de Trabajo número 33, Uruguay, Departamento de Sociología, Udelar.
- MORALES, N. (2010) "El cuerpo, la medicina y la tecnociencia: apuntes históricos sobre la medicalización". Reseña bibliográfica de Le Breton, David (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, Nº 2.
- MUINELO, L., et al (2004) *Comportamiento médico: una aplicación a las cesáreas en el Uruguay*, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República del Uruguay.
- OMS (1985) Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985.
- _____ (1996) *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo en Ginebra. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra, Suiza.
- OPS (2012) *Situación de salud en las Américas, Indicadores Básicos 2012*, disponible en: www.paho.org/mex
- RODRÍGUEZ, H. (2006) "De la medicina defensiva a la medicina asertiva". *Revista Médica del Uruguay*, Volumen 22.
- SCHEPER, N. y LOCK M. (1987) "El cuerpo "mindful" (pensante): prolegómenos hacia el futuro trabajo de la antropología médica". *Revista Medical Anthropology Quarterly*, Número 1. American Anthropology Association.
- SCRIBANO, A. (2013) "Sociología de los cuerpos/emociones". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, Nº 10

Citado.

MAGNONE ALEMÁN, Natalia (2013) "Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian" en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Córdoba. ISSN: 1852.8759. pp. 79-92. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/244>

Plazos.

Recibido: 12/06/2013 . Aceptado: 24/07/2013.