GT 4 : Políticas de reproducción en Uruguay y América Latina

El impacto de las cesáreas en la vida de las mujeres[1]

Lic. Psic. Carolina Farías

Maestranda en Psicología Social, Facultad de Psicología, Udelar.

macafaro@gmail.com

> *Sin embargo, casi ninguna de nosotras imaginó nunca que su hijo nacería por cesárea. Las mujeres solemos tener pocas dudas sobre nuestra capacidad de parir. Podemos temer al dolor en el parto, o que algo malo le pase al bebé, pero a muy pocas se les ocurre imaginar que su bebé no podrá salir por la vagina y que, en vez de eso, tendrá que salir por la barriga. No imaginábamos que sería por cesárea. Nunca soñamos con despertar solas en un quirófano, heladas de frío. Con la barriga vacía y cosida, atontadas por el dolor y los sedantes, esperando a que se acercase la enfermera para poder preguntar:'¿y mi hijo?'*
> (Olza&Lebrero, 2006:30)

Introducción

Los derechos reproductivos han tenido una consideración especial a nivel internacional desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas celebrada en El Cairo (1994). En nuestro país, los mismos han sido reconocidos como derechos humanos en los marcos normativos a partir de la aprobación en 2008 de la Ley Nº 18.426 «Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva». Esta ley establece como uno de sus objetivos «(...)promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y

[1] El presente trabajo forma parte del proyecto de tesis de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, que cuenta con el apoyo y la financiación de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) a través de su programa de Becas de Posgrados Nacionales.

psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados(...)»[2]

Desde hace más de un siglo, los partos y los nacimientos se han medicalizado hasta el punto de olvidarse la fisiología de los mismos (Hutter, 2010). Se pierden de vista los procesos de subjetivación especiales de las mujeres en trabajo de parto y puerperio. Desde los servicios de salud, sistemáticamente se limita o incluso se les niega el acceso a la información y al consentimiento informado a las mujeres durante el trabajo de parto y puerperio. Se ha protocolarizado, medicalizado e instrumentalizado un evento vital que por lo menos en el 85% de los casos, no reviste ningún tipo de complicación médica (WHO, 1985).

La sistemática medicalización e instrumentalización incluye prácticas rutinarias tales como episiotomías, inducción farmacológica de rutina del trabajo de parto (o para acelerar el mismo), posición decúbito supino durante el trabajo de parto y el parto, cesáreas. Todas prácticas, que su aplicación de rutina, no encuentran sustento en evidencias científicas y que son desalentadas tanto por organismos internacionales (WHO, 1985), como nacionales (MSP, 2008).

El caso de las cesáreas es particularmente preocupante debido a los altos índices a nivel nacional, regional e internacional (WHO, 1984; Odent, 2006, Patah & Malik, 2011). Según la Organización Mundial de la Salud «No hay justificación para ninguna zona geográfica para tener más de 10-15% de cesáreas» (WHO, 1985). Sin embargo, en nuestro país, las cesáreas llegan al 30% de los partos que ocurren en el subsector público y al 55% en el subsector privado[3]. La preocupación por estas cifras ha sido ya advertido por diversas organizaciones de la sociedad civil; desde el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en el Uruguay (MYSU, 2008, 2009) se ha señalado con preocupación el elevado número de cesáreas, especialmente en el subsector privado; desde la Red Latinoamericana del Humanización del parto y el nacimiento (Relacahupan) en Uruguay se han realizado varias campañas en los últimos años para sensibilizar sobre este tema (Campañas «No más cesáreas innecesareas» y «El parto, seamos parte»).

Medicalización e Institucionalización del embarazo, parto y puerperio (EPP)

En nuestro país casi la totalidad de los partos son institucionalizados e intervenidos, siendo la cesárea la máxima intervención médica sobre un evento reproductivo, tanto en lo que refiere al cuerpo de la madre como del bebé. Esta intervención se da en el marco de una institución

[2] Ley Nº18.426 del 10 de diciembre de 2008, Art. 3, inc. c).

[3] Según estadísticas del Ministerio de Salud Pública disponibles en www.msp.gub.uy, accedido en marzo de 2013.

—institución médica, institución científica— que tiene características propias, pero que comparte —como cualquier otra institución— el sostenimiento del modelo social imperante en cuanto a las relaciones de género: el patriarcado. (Magnone, 2010; Blazquez, 2009)

Recordemos las palabras de Baremblitt (2005) cuando decía que «es posible enumerar una serie de instituciones que parecen ordenar todas, o casi todas las sociedades conocidas. Ellas son las instituciones de las relaciones de parentesco, las del lenguaje, las del trabajo, las de género o de la sexualidad (...)» (pp.33). (subrayado mío)

Es decir, si el 'género' es considerado una de las instituciones que ordena a toda sociedad y estamos en una sociedad claramente (aún) marcada por el patriarcado, es razonable entonces asumir que la institución médica (el saber/poder médico) está también atravesada por los valores de género y por tanto ejerce, como lo hace el resto de la sociedad, su poder para legitimar las relaciones de poder/subordinación sobre las mujeres y sus cuerpos.

> que el espacio hospitalario, su organización y estructura, pueda generar violencia y, en particular, violencia de género, se torna problemático y en contrasentido de la misión médica; sin embargo, no hay que olvidar que la violencia es resultado de un proceso relacional, histórico, construido socialmente como producto de las interacciones sociales entre las personas. (Fernández Moreno, 2007:53)

La relación institucionalización/medicalización del proceso EPP es relativamente reciente, si bien el comienzo de tal práctica remite a lo siglos XVII y XVIII. Es en ese momento en que la medicina comienza a tener un papel preponderante en los Estados y en el discurso legitimador social que comienza a prestarle atención y actuar sobre los cuerpos en general (Hutter, 2010; Fernandez Moreno, 2007, Portillo, 1993).

> Tras una primera toma de poder sobre el cuerpo que se efectuó siguiendo el modelo de la individualización, tenemos una segunda toma de poder que procede en el sentido de la masificación. (...) Tras la anatomía política del cuerpo humano instaurada en el siglo XVIII, a finales de ese mismo siglo se ve aparecer (...) una bio-política de la especie humana. (...) Los primeros objetos de saber y los primeros objetivos de control de la bio-política, fueron esos procesos como la proporción de los nacimientos y las defunciones, la tasa de reproducción, la fecundidad de la población. (Foucault, 1992:251)

Para el caso del epp es evidente como esto se materializó. En poco más de un siglo los partos pasaron de ser en el domicilio, atendidos por parteras, a ser institucionalizados en servicios de salud del tercer nivel (Hutter, 2010). La caricaturización que hoy por hoy tenemos de «el parto»

es la de un acto que pareciera no ser posible sin intervención médica, en una institución sanitaria y con una serie de protocolos y rituales en los que las mujeres no tienen «ningún saber» que aportar (Wolff & Waldow, 2008; Fernández Moreno, 2007; Hutter, 2010). Las mujeres fueron disciplinadas por el poder/saber médico (Foucault, 1991) para creer que su cuerpo es una máquina imperfecta y que solo éste podrá liberarlas de la imperfección. El costo: el saber de las mujeres no será tenido en cuenta y no podrán opinar, y su cuerpo no les pertenecerá. (Hotimsky, 2010)

Recordemos también que el propio momento de parto no es un momento para exigir respeto y derechos. «Dispuestos en una situación de dolor el saber sobre el mismo otorga un lugar de asimetría. Por lo tanto, el paciente queda ubicado en relación al propio desconocimiento de su cuerpo, queda en suma, entregado al médico» (Rodríguez, 1993:42).

El modelo materno infantil que ha hegemonizado la práctica de los servicios de salud (Lopez, Benia, Contera & Guida, 2003), en lo que a la atención de la salud de las mujeres refiere, ha considerado el cuerpo de las mismas como instrumento para el embarazo, el parto y el nacimiento. Cuerpo - recipiente de una nueva vida, concepción que genera que la atención sanitaria se concentra en cumplir con el cometido del nacimiento desde el punto de vista biomédico. Esta visión no permite reconocer el sujeto mujer en tanto actor central del proceso de embarazo, parto y nacimiento, sus necesidades, demandas y derechos implicados (Erviti, 2010; Hotimsky, 2010). Es este aspecto «moralizador» parecería serlo más difícil de cambiar. Al estar sustentado en un sistema social generalizado y legitimado es difícil que el médico (médico como exponente de la institución médica, no necesariamente es un varón, sino que expresa y expone un poder que es masculino) pueda abstraerse y ver a la mujer como algo distinto a lo conceptualizado en el vida social en general.

«Una muy importante raíz de esta carencia [ciudadanía reproductiva] es la apropiación que ha hecho el campo médico de este problema. Bien se trate de formas menores de maltrato, o bien se trate de claras violaciones de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud, estamos frente a lo que el discurso médico hegemónico refiere como un mero problema de «calidad de atención», en una de sus variantes» (Castro, 2011:132-133)

Ahora bien, los médicos no nacen médicos, para serlo, desde que entran en la Facultad, deben pasar por un fuerte disciplinamiento que no sólo los ubica en el lugar de la legitimación de la disciplina, sino en el respeto jerárquico a la interna de la disciplina (profesor, tratante, residente, interno), pero también en relación al resto de los profesionales de la salud (relación de poder y

superioridad en relación a la enfermería, el trabajo social o la psicología, por ejemplo) (Portillo, 1993; Foucault, 1992; Castro, 2011).

Del mismo modo, el médico está adiestrado para dejar de ver a la persona que tiene enfrente y comenzar a ver una enfermedad, aquella parte del cuerpo sobre la que va a intervenir. A partir de allí todo es protocolos, rutinas y procedimientos. El conocimiento lo tiene él, por lo que la comunicación con la persona usuaria/paciente no es necesaria más que para aportar los datos indispensables de antecedentes y características del 'mal'. (Fernández Moreno, S., 2007; Hutter, 2010)

«En general, el discurso médico es cognitivo (transmite información) pero no es comunicativo (no permite la interacción subjetiva)». (Portillo, 1993:30)

Otro elemento fundamental de la medicalización del epp (aunque es claramente una característica general de la medicalización de la sociedad) tiene relación con la mercantilización de la medicina. Hoy por hoy no es posible pensar a la medicina como ciencia sin pensar al mismo tiempo en la industria farmacéutica, la industria de tecnología médica y la propia corporación médica. (Portillo, 1993; Hutter, 2010).

Para el caso del epp es sumamente representativo el elemento mercantil. El llamado «pack completo» que se lleva una mujer que llega a un hospital en trabajo de parto es altamente medicamentoso, instrumental y corporativista: tactos continuos, oxitocina para «ayudar» a dilatar, rotura temprana de membranas (rotura de bolsa) para «acelerar» el proceso, puesta de sonda, control fetal continuo (con la correspondiente limitación a moverse), en algunos casos la aplicación de la epidural, episiotomía (que implica un acto médico quirúrgico), cuando no forceps o ventosa, de nuevo oxitocina para «ayudar» a contraer el útero luego el parto... y todo esto si logra tener un parto «normal», sino deberá pasar por una cirugía abdominal mayor (cesárea), que incluye anestesia, acto médico quirúrgico, otra vez oxitocina, etc. (Hotimsky, 2010; Wolff & Waldow, 2008).

Todos estos elementos llevan consigo un problema adicional: la iatrogenia (Portillo, 1993). Según la RAE: iatrogénico, ca. (Del gr. ἰατρός, médico, ́geno e ́ico). 1. adj. Med. Se dice de toda alteración del estado del paciente producida por el médico. Es decir, cuando se interviene tanto sobre un proceso fisiológico, lo lógico es que haya complicaciones, en especial las complicaciones que derivan de la propia «ayuda» médica. Por poner sólo dos ejemplos: el excesivo uso de episiotomía de rutina se hace necesaria en muchos casos por la posición de cúbito supino a la que se la obliga a estar a la mujer (acostada boca arriba con las piernas en alto), esta posición no

facilita la apertura de la pelvis ni del propio canal de parto por lo que la «ayuda» parece indispensable. Por otro lado, varios estudios han demostrado que la aplicación del «pack completo» es uno de los responsables del alto índice de cesáreas (Hutter, 2010), especialmente las de urgencia ya que al no respetarse los tiempos de cada mujer y bebé se los «tensiona» hasta límites que muchas veces terminan siendo dañinos por lo que la intervención médica (cesárea) se haría «indispensable» para salvar la vida.

El feminismo como posibilidad para pensar la Salud Reproductiva y la EPP

A partir de su Segunda Ola[4] (década del ´60) el feminismo se aboca a la tarea de hacer explícita la relación entre patriarcado, subordinación de las mujeres y conocimiento científico. A partir de allí ha tenido mucho para aportar a las investigaciones relacionadas con la salud de las mujeres, en especial porque lo hace desde una postura crítica de la ciencia patriarcal imperante.

La ciencia está sustentada sin duda en el grupo hegemónico, la historia la escribieron los vencedores y por esta razón solo tendremos ese sesgo a la hora de pensar en la ciencia: «(...) el feminismo como movimiento transformador no podría dejar de tener repercusión como crítica del conocimiento y del discurso científico, ya que los estereotipos presentes en la vida social tienen su correlato en los modelos teóricos de la ciencia social occidental (...)» (Beltrán & Maqueira, 2005: 146). Por poner el ejemplo del «discurso médico [qué] se autolegitima, invocado su condición científica, cosa muy relativa. (...) tiene una fuente científica y otra ideológica y moral (o moralizadora)». (Portillo, 1993:25)

Las teorizaciones feministas y los estudios sobre género aplicados al campo de la salud son claves para la comprensión del objeto de estudio que nos proponemos en la medida que la categoría de género es potente para el análisis de los significados y opiniones de las mujeres sobre su cuerpo, su salud y su vida reproductiva.

Es importante señalar, para continuar con este hilo, cuál es la definición de género por la que se ha optado: «el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las

[4] Primera Ola, fines del S. XIX y comienzos del XX, también conocida como 'sufragismo', ya que la lucha estaba puesta en lograr el voto femenino, o sea, ser consideradas ciudadanas. A partir de esta Ola se comienzan a diferenciar los distintos movimientos dentro del movimiento (feminismo radical, feminismos socialista, feminismo marxista, feminismo liberal. Segunda Ola, años de post guerra. Aparecen aquí las primeras conceptualizaciones del feminismo de la diferencia y el feminismo de la igualdad. Tercer Ola, también conocida como post feminismo o feminismo crítico. Se comienza a cuestionar a partir de aquí la propia dicotomía hombre-mujer, conviviendo los estudios de género con los estudios queer, cyborgs y las teorizaciones post identitarias.

diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder» (Scott, 1996:23). Esta definición consta en si misma de dos dimensiones: por un lado el aspecto social y cultural de de la construcción de masculinidad y feminidad, y por otro, de la dimensión de las relaciones de poder que necesariamente se pondrán en juego en la interrelación de ambos. Al mismo tiempo, como desarrolla la misma autora, esta definición engloba varios componentes que hacen posible que el género se ponga en juego: los aspectos normativos de la construcción social de género, los símbolos que la cultura crea para representar los ideales creados por el género, la necesidad de un sostén social amplio en que se apoye la construcción del género (familia, educación, política, etc), y la construcción individual de cada persona desde el momento en que es constituida desde los roles de género socialmente construidos.

Creemos que esta conceptualización, que pone su énfasis en las relaciones de poder es muy útil para explicar la relación entre la subordinación de las mujeres en el patriarcado y en los motivos por los que este sistema de organización social ha sometido el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres a su control.

El patriarcado, como sistema de organización social que justifica la dominación masculina (Amorós, 2006), puede rastrear sus orígenes con la Revolución Neolítica. La ciencia está, hasta el momento, sostenida por éste sistema patriarcal que no solo ha creado el lenguaje que lo hace posible (sin el cual no es posible comunicar y compartir el conocimiento científico) sino que ha logrado legitimar su propio lugar de sistema hegemónico. La ciencia le habla (y es hablada por) a un sujeto varón (incluso en la actualidad podríamos decir: varón blanco, occidental, burgués y heterosexual) (Harding, 1987) ya que no puede escapar del sistema de organización social dominante (patriarcado) y se estructura exclusivamente en función del «sujeto universal» (Amorós, 1991).

El problema expuesto no es la exclusión de las mujeres como sujetas del conocimiento, entre otras cosas porque no es por una relación mujer-varón[5], sino que es la apropiación del masculino

[5] No son las mujeres singulares, así como tampoco son los hombres singulares, sino la representación social, los estereotipos de género que nos dice qué esperar (y exigir desde el sistema) a lo masculino y lo femenino. A lo masculino lo colocamos en el ámbito público, en el mundo del trabajo, en el ejercicio de poder y dominación, por el contrario, a lo femenino lo relegamos a la esfera privada, a la actividad doméstica y el cuidado de niño/as y enfermos. Si bien cada uno de estos espacios (femenino-masculino) lo asociamos a mujer o varón, su ejercicio puede estar indistintamente dado por una u otro, aunque ello implique una carga o presión extra sobre el «transgresor». Es decir, una mujer puede triunfar en el mundo del trabajo, por ejemplo, pero no sin la carga de «la culpa maternal», o un hombre puede dedicarse al ejercicio de su paternidad exclusivamente, pero aún así será visto como quién «ayuda» a la madre.

como el universal de la especie y el reconocimiento de solo un ámbito (el público) como centro de la producción científica y un solo ámbito como propio de lo femenino (el privado, el hogar). (Irigaray, 1974; De Beauvoir, 1981)

> Las feministas argumentan que las epistemologías tradicionales excluyen sistemáticamente, con o sin intención, la posibilidad de que las mujeres sean sujetos o agentes del conocimiento; sostienen que la voz de la ciencia es masculina y que la historia se ha escrito desde el punto de vista de los hombres (de los que pertenecen a la clase o la raza dominantes); deducen que siempre se presupone que el sujeto de una oración sociológica tradicional es hombre. (Harding, 1987:3).

Reconocer, valorizar, poner en palabras, hacer pública las experiencias de las mujeres[6] es una de las característica que se destacan de los aportes del feminismo a la academia y un elemento ineludible de toda investigadora feminista: analizar como vive cada mujer la cotidianidad (V.Barrera, Lourdes et al, 2010) y no ser solamente objetos pasivos de teorizaciones externas.

Este punto sin duda entra en colisión con la supuesta objetividad que la ciencia intenta sostener. En este sentido, queda claro que las investigaciones, en especial en ciencias sociales, que dejan de lado las subjetividades individuales o grupales estarían condenadas a dar respuestas parciales o distorsionadas de la realidad.

«(...)las preguntas que un grupo oprimido desea que se respondan rara vez constituyen demandas de lo que se conoce como la verdad pura» (Harding, 1987:8)

Uno de los planos en donde se visualiza con mayor claridad las consecuencias de que el sujeto epistemológico sea masculino es en lo referente a la salud reproductiva de las mujeres.

El «objeto» sobre el que actúa la ciencia en este caso en particular (las mujeres), se encuentra excluido de la posibilidad de construcción de ese conocimiento que se aplica sobre su cuerpo. (Blázquez, 2009)

¿Qué tienen para decir las mujeres sobre las cesáreas?

La práctica de las cesárea como una forma de aceptada de nacimiento se ha naturalizado en nuestras sociedades occidentales. Tal naturalización parece también tocar a la academia, quizás

[6] Cabe aclarar que se habla de experiencia de las mujeres, en plural, (V.Barrera, Lourdes et al, 2010; Harding, 1987) recuperando así la noción de heterogeneidad que caracteriza a cualquier grupo humano. Reconocer que no somos iguales aunque tenemos cosas en común es más «objetivo» y «realista» que intentar ocultar la diferencia (Hernández&Reybet, 2008).

como consecuencia de los altos índices, siendo pocas las investigaciones que intentan dar luz sobre el sentir subjetivo de las mujeres que han atravesado una experiencia de tales características.

Tal es la naturalización de esta cirugía (cesárea) que no se cree necesario informar sobre los efectos físicos, psíquicos y emocionales. Se la banaliza a nivel de los profesionales de la salud (Hotimsky, 2010), pero también a nivel social.

Si bien los avances tecnológicos han mejorado la técnica, ésta conlleva implícitos riesgos como cualquier otra operación quirúrgica. Por citar algunas de las complicaciones para la mujer: infección, mayor porcentaje de mortalidad que el parto vaginal, mayor porcentaje de histerectomías por complicaciones inherentes a la cirugía, anemia, adherencias, mayor probabilidad de tener dificultades para conseguir un nuevo embarazo, entre otros. (Olza et al,2006; Odent, 2006).

Sin embargo, de eso no se habla. No solo no lo hacen las mujeres entre sí sino que tampoco es algo que se informe cabalmente desde los servicios de salud. La naturalización de esta intervención «salva vidas» se sostiene sobre el desconocimiento de la evidencia científica y sobre la construcción de mitos tales como que el bebé sufre menos o que es más seguro porque es más controlado (Odent, 2006; Hutter, 2010)

En su libro *¿Nacer por Cesárea?*, Olza y Lebrero (2006) hablan de «la herida emocional» para referirse al impacto psicológico de las cesáreas en las mujeres. Y es que si bien es vasta la bibliografía disponible vinculada al tema de las cesáreas, lo es fundamentalmente en relación a los aspectos sanitarios (Nomura, Alves & Zugaib, 2004; Calvo Pérez, Cabeza Vengoechea, Campillo Artero & Agüera Ortiz, 2007; Barros, Vaughan & Victora, 1986) incluso sobre el impacto económico para los sistemas de salud (Shearer, 1993, Muinelo, Rossi & Triunfo, 2005), siendo escasos los acumulados relacionados con las dimensiones psicosociales o el impacto psicosocial de la cesárea para las mujeres que efectivamente han pasado por esa experiencia.

Aunque no a nivel académico, existen movimientos importantes en relación a atender esta «herida emocional» como ser el Foro «Apoyo cesáreas» de la Organización El Parto es Nuestro[7] o las diversas actividades desarrolladas por ICAN (*International Cesarean Awareness Network)*[8]. Más recientemente se ha unido a estos movimientos el trabajo realizado por organizaciones de la

[7] www.elpartoesnuestro.org

[8] www.ican-online.org

sociedad civil en Puerto Rico y su movimiento contra las Inne-cesáreas[9]. Todas iniciativas que se expandieron mucho más allá de los lugares de origen y se transformaron en movimientos internacionales.

Algunas de las características compartidas por las mujeres a través de estas organizaciones y en relación a la herida emocional refieren a la dificultad para expresar su dolor (psíquico), a la angustia por el parto soñado/ansiado, al sentimiento de extrañeza hacia el bebé cuando se encuentran por primera vez (en general un tiempo que va desde la media hora a las dos horas dependiendo de la anestesia y la recuperación), entre otras.

Investigaciones recientes han constatado casos de Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT) como consecuencia de la cesárea o de un parto altamente instrumentalizado (Olza, 2010). Algunos elementos frecuentes del SEPT son referidos por estas mujeres durante el puerperio: flash-backs, reviviendo el momento de la cesárea, desconexión emocional hacia ella misma y hacia su bebé, necesidad de hablar continuamente del tema (monotema), desconfianza hacia el sistema de salud y los profesionales sanitarios, angustia y depresión.

En este sentido, el malestar que expresan muchas mujeres en relación a la cesárea, no es necesariamente sobre el acto quirúrgico en si mismo sino que en otros dos aspectos: la violencia institucional a la que fueron sometidas en la mayoría de los casos (violencia obstétrica[10]) y el sentimiento de no poder, de no haber hecho algo bien (Olza & Lebrero, 2006; Blazquez, 2009).

Mucho es el camino aún por recorrer para entender la complejidad y la variedad de formas de afrontar esta experiencia. Cada mujer tiene un saber único que aportar y nosotras, como investigadoras, tenemos la responsabilidad y el compromiso académico y ético de preguntarles y escuchar sus respuestas.

Bibliografía

Amorós, C. (1991). *Hacia una crítica de la razón patriarcal.* Barcelona: Editorial Anthropos.

Amorós, C. (2006). *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias...para las luchas de las mujeres*. España: Ediciones Cátedra, Universitat de València, Instituto de la Mujer.

[9] www.inne-cesarea.org

[10] La violencia obstétrica es «... toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales». (Medina, 2008 citado por Magnone, 2010)

Baremblitt, G. (2005). *Compendio de análisis institucional*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Barros, F. C., Vaughan, J. P., & Victora, C. G. (1986). Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy and Planning*, *1*(1), 19-29. doi:10.1093/heapol/1.1.19

Beltrán, E. y Maqueira, V. (Eds) (2005). *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial.

Blazquez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Tesis Doctoral no publicada. Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España.

Calvo Pérez, A., Cabeza Vengoechea, P. J., Campillo Artero, C., & Agüera Ortiz, J. (2007). «Idoneidad de las indicaciones de cesárea. Una aplicación en la gestión de la práctica clínica». *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, *50*(10), 584-592. doi:16/S0304-5013(07)73232-6

Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Mexico: Editorial Lugar.

De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo*. España: Ediciones Aguilar.

Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia: Disponible en: http://lema.rae.es/drae/. Accedido en 10/7/12

Erviti, J. (2010). «Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarios de servicios ginecológicos» (pp 101-122). En López, A; Castro, R. *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 regiona*l. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

Fernandez Moreno, S. (2007). «La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud». (Spanish). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 6 (12), 52-76.

Foucault, M. (1992). *Genealogía del* Racismo. *De las guerras de las razas al racismo de Estado. (s.l.):* Ediciones la Piqueta.

Harding, S. (1987). «Is there a feminist method?» En S. Harding (Ed.), *Feminism and Methodology*. Bloomington: Indiana University Press. Traducción Mía.

Hotimsky, S. (2010). «Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil». En López, A; Castro, R. *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional (pp 137-155)*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

Hutter Esptein, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid: Editorial Turner Noema.

Irigaray, L. (1974). *Speculum. El espejo de la otra mujer*. Madrid: Editorial Saltés.

López, A.; Benia, W.; Contera, M.; Guida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Uruguay: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2008). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Capítulo: Normas de atención a la mujer en proceso d*e parto y puerperio. Recuperado en noviembre 10 de 2011, a partir de www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5684,21588

Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización*. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay

Muinelo, L; Rossi, M; Triunfo, P. (2005). *Comportamiento Médico: una aplicación a las cesáreas en el Uruguay*. Documento de Trabajo. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Recuperado en marzo 22 del 2012, a partir de http://www.fcs.edu.uy/archivos/Doc0605.pdf

MYSU (2008). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2008, Montevideo, MYSU.

MYSU (2009). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009, Montevideo, MYSU.

Nomura, R. M. Y., Alves, E. A., & Zugaib, M. (2004). «Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário». *Revista de Saúde Pública*, *38*(1), 9-15. doi:10.1590/S0034-89102004000100002

Odent, M. (2006). *La Cesárea*. Barcelona: Editorial La Liebre de marzo.

Olza Fernández, I. (s.f.). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. http://purl.org/dc/dcmitype/Text. Recuperado 22 de junio de 2011, a partir de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3397601

Olza, I.; Lebrero, E.(2006).*¿Nacer por cesárea?*. Colombia: Edición para América Latina, Grupo Editorial Norma.

Patah, L. E. M., & Malik, A. M. (2011). Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, *45*(1), 185-194. doi:10.1590/S0034-89102011000100021

Portillo, J. (1993). «La medicina: el imperio de lo efímero». En Barrán, J.P. *La medicalización de la sociedad* (pp 15-36). Uruguay: Editorial Nordan.

Rodríguez, J. (1993). «El hombre medicinal». En Barrán, J.P. (1993). *La medicalización de la sociedad* (pp 37-46). Uruguay: Editorial Nordan.

Scott, J. (1996). «El género: Una categoría útil para el análisis histórico». En Lamas, Marta (Comp). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexua*l. México: PUEG.

Shearer, E. L. (1993). «Cesarean section: Medical benefits and costs». *Social Science & Medicine*, *37*(10), 1223-1231. doi:10.1016/0277-9536(93)90334-Z

V. Barrera, L., Garibi, C., Fernanda Guerrero, M., & Victoria Montoya, M. (2010). «De "El feminismo" a "Los feminismos": propuesta incluyente para grandes luchas». (Spanish). *Debate Feminista*, *41*(21), 64-74. Disponible en: http://www.debatefeminista.com/indice_volumen.php?id_volumen=100. Accedido en 5/6/12

Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). «Consented violence: women in labor and delivery». *Saúde e Sociedade*, *17*(3), 138-151. doi:10.1590/S0104-12902008000300014

World Health Organization (1985). «Appropriate technology for birth». *Lancet* 1985;2(8452):436–467.