

**Nacer y Parir en la provincia de Buenos Aires.
Dispositivos normativos de la atención del parto.**

Lic. Mariana B. Specogna
specogna.unlp@gmail.com
FaHCE - UNLP

Introducción: Nacer y Parir en la provincia de Buenos Aires

Lentamente a partir del siglo XVIII, y más aceleradamente durante del SXX, el parto pasó de ser un hecho fisiológico, natural y espontáneo a una intervención médica institucionalizada, controlada e intervenida (Magnone Alemán: 2010, Lehner: 2012). Si bien a priori y desde el sentido común pueden pensarse los beneficios que a nivel de salud pública este proceso ha traído (en relación a la mortalidad materna e infantil), es indiscutible otro grupo de consecuencias mayormente invisibilizadas tanto para gran parte del sistema de salud como para los ciudadanos/usuarios. Actualmente envuelven a la atención del parto la cosificación y sumisión de la paciente como persona incapaz de conocer y tomar decisiones sobre su propio cuerpo y el desconocimiento de las consecuencias que tanto para la madre como el bebé ocasionan las cascadas de intervenciones innecesarias: costos, iatrogenia y dolor/sufrimiento. Además, se encuentra legitimada una total supremacía de la tecnología por sobre la fisiología; a esto podemos llamar *modelotecnocrático* de atención del parto (Davis Floyd: 2001) o *intervención médica en el parto* (Castrillo: 2014).

La sanción de las leyes nacionales N° 25.929 (de los Derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento) en 2004 y N° 26.485 (de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres donde la violencia obstétrica es identificada como uno de los tipos de violencia contra la mujer) del 2009 en dan cuenta, paralelamente, del creciente problema de la violencia obstétrica y de la necesidad del Estado de tomar partido en el cuidado de las mujeres, bebés y familias durante el momento del parto/nacimiento.

Según el *Estudio Perinatal 2008*, la tasa media de cesáreas efectuada en los nacimientos del sistema público bonaerense fue del 26,7% (porcentaje que en el año 2014 ascendió a 32,9%¹ y que según la OMS no debiera superar el 15%²), la tasa de episiotomía- práctica que debiera ser selectiva y no de rutina- ascendió, entre las mujeres primerizas al 81,6%. En cuanto

¹ Dato suministrado por la Dirección de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud PBA.

² OMS (2015)

al acompañamiento durante el trabajo de parto y parto (indicador junto a los anteriores de calidad del cuidado y explícitamente nombrado en la ley 25.929), el 17,3% de las mujeres tuvo acompañamiento familiar durante el trabajo de parto y sólo el 9% durante el parto (Ministerio de Salud: 2009). Así mismo, el Primer Informe de Relevamiento Epidemiológico SIP_IOMA (la principal obra social provincial), revela que, entre marzo de 2012 y febrero de 2014, sólo el 33% de los embarazos cubiertos por esa obra social terminaron con un parto vaginal, un 66% con cesárea y un 1% fue un parto instrumental (IOMA, 2014:23).

"Desde la perspectiva de los derechos humanos, la salud reproductiva va más allá de los cuidados para evitar trastornos de salud e incluye necesariamente la exploración de las condiciones que permiten o impiden el acceso a ella" (Castro y Erviti, 2014: 39). El acervo normativo es una condición necesaria, aunque no suficiente de ese acceso, por ello en este trabajo se pretende hacer un análisis sobre el Estado como responsable de la implementación de políticas de derechos sexuales y (no) reproductivos, específicamente en el momento del parto-nacimiento, sin desconocer la existencia de otros campos y agentes igualmente importantes involucrados en la problemática. En este sentido, se adopta en el presente trabajo el concepto *instrumentos de política* para referir a aquellos medios o condiciones básicas y estratégicas sin las cuales el Estado se encuentra imposibilitado de prevenir, morigerar o resolver los problemas que lo demandan. El *dispositivo normativo* es uno de los instrumentos de política que estructura y orienta las actividades del Estado y representa *el conjunto de leyes, decretos y reglamentos que encuadran y autorizan una política pública, definen su orientación y alcances, y asignan las responsabilidades, roles y atribuciones requeridas para la puesta en marcha de la misma*" (Isuani, 2012:58).

Este trabajo se centrará en analizar el dispositivo normativo que el Ministerio de Salud de la Provincia (MSP) tiene vigente en cuanto a la atención del parto/nacimiento. Se comienza por este análisis, primeramente, porque el marco jurídico que organiza el sistema de salud argentino sostiene que la implementación de políticas, estrategias, acciones y dispositivos referidos a la organización de los servicios de salud son competencia de las jurisdicciones. Dicha implementación se debe adecuar al cumplimiento de los derechos y garantías de las personas establecidas en la Constitución y las leyes, así como los tratados internacionales (INADI: 2012). En segundo término, porque se considera que el MSP, en cuanto organización, maneja recursos e instrumentos, expresa objetivos e intereses, define estrategias e implementa políticas, quedan a cuenta de la capacidad de la autoridad sanitaria provincial de garantizar derechos y brindar calidad de la atención durante el parto/nacimiento en todo su territorio.

El objetivo de la presentación será entonces, exponer algunas de las conclusiones más relevantes del análisis de estos documentos formalmente publicados y enunciados por el MSP como orientadores y rectores de la atención del parto/nacimiento por parte del sistema de atención de la salud.

Breve descripción de la metodología

La búsqueda de este marco normativo provincial se realizó, por un lado, indagando en la bibliografía sobre el tema, donde surgieron en primer lugar referencias a la Ley Nacional 25.929 y su decreto reglamentario. En segundo término, en la exploración de las páginas web del MSP surgió otro grupo de normativas: las guías y programas de formación profesionales. Por último, se realizaron encuentros para el intercambio de información con dos informantes clave: el actual Director de Maternidad e Infancia del MSP y la actual directora de la carrera de Lic. en Obstetricia de la FCM-UNLP. En estos encuentros se facilitó la identificación y acceso a normativas y/o información relacionadas con las mismas.

Así, el dispositivo normativo identificado puede agruparse en:

1. Leyes provinciales
2. Planes, programas y/o proyectos implementados por el MSP.
3. Guías de práctica o protocolos de atención implementados por el MSP

Sobre estos documentos se realizó un análisis descriptivo donde se buscaron referencias concretas a cuatro categorías:

- al concepto de salud explicitado por la norma
- a la presencia de una perspectiva de derechos
- al modelo de atención de parto enunciado
- a un enfoque de calidad de la atención o de medicina basada en la evidencia.

Estas cuatro dimensiones son entendidas como primordiales para comprender la/s posición/es que el Estado provincial toma y reivindica como alternativa de los posibles cursos de acción sobre la problemática, indicando a su vez, si la problemática misma de los derechos sexuales y reproductivos en el momento del parto/nacimiento son identificados como política de estado. Finalmente, el análisis también dejó espacio para enumerar y describir cualquier otro emergente importante.

Análisis de los documentos: Dispositivos normativos de la atención del parto

1. Leyes provinciales

La provincia de Bs As no cuenta con legislación directamente ligada al momento del parto/nacimiento, en este sentido, no ha habido adhesión a la ley 25.929 ni sanción de ley propia. De acuerdo con nuestro sistema federal de gobierno, las provincias conservan todos los poderes no delegados por la Nación: la salud y la educación. Por lo tanto, dicha ley nacional no es hoy de aplicación obligatoria en el territorio bonaerense.

Si bien la provincia no cuenta, entonces, con un marco jurídico que explicita los derechos de las mujeres y las personas por nacer en el momento del parto/nacimiento, el MSP reconoce la importancia de trabajar en el marco de la ley 25.929. Esto se visualiza, por un lado, con la presentación por parte de la cartera sanitaria provincial en el año 2013, de un proyecto de ley sobre parto respetado al congreso bonaerense³ y reivindicando que dicha política se continúa con la nueva gestión la Dra. Zulma Ortiz (actual Ministra de Salud provincial).

2. Políticas, planes, programas y/o proyectos implementados por el Ministerio de Salud de la provincia de Bs As

2.1. Explícitos sobre *parto humanizado o mejoramiento de la calidad de la atención del parto*.

La Dirección de Maternidad e Infancia del MSP refiere como eje principal de su trabajo para la mejora de la atención durante el parto y nacimiento (tanto desde un enfoque de derechos como desde la mejora de la calidad) la implementación que realiza desde el año 2010 de la Guía de Maternidad Segura y Centrada en la Familia⁴.

³ La noticia fue tomada por varios medios de comunicación. <http://www.laprensa.com.ar/407371-La-Provincia-impulsa-una-ley-para-garantizar-el-parto-humanizado.note.aspx>. Más allá de esta presentación del año 2013 durante la gestión del Ministro Alejandro Collia, actualmente se encuentra en debate en distintas comisiones de la cámara de diputados de la provincia una ley de Adhesión a la ley 25.929.

⁴ Un tema que preocupa a la gestión y es asociada con la calidad de la atención de la mujer y el niño durante el parto es la mortalidad materna e infantil. En este sentido, los funcionarios destacaron la primera resolución de la nueva gestión (Res. 001/16) sobre la creación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil en ámbitos público, privado y de seguridad social. Si bien esta resolución y el sistema que implementa no están orientados directamente a eventos relacionados con la violencia obstétrica, se podría inferir que del análisis de los casos de mortalidad materna, una de las posibles causas a identificar y trabajar serían las relacionadas a la iatrogenia del intervencionismo en el momento del parto/nacimiento.

La guía se incorpora como instrumento de política de salud en consonancia con el accionar del resto de las provincias y la cartera nacional. A febrero de 2015, la provincia contaba con 62 maternidades adheridas⁵.

2.1.1) **Guía de Maternidad Segura y Centrada en la Familia -MSCF** (en adelante Guía 1)⁶

El modelo MSCF constituye un paradigma de atención perinatal desarrollado primeramente en la década del 80 por la Maternidad Ramón Sardá de CABA. La Guía 1, por su parte, toma esa experiencia y recibe contribuciones de UNICEF, el Ministerio de Salud de la Nación, la propia Maternidad Sardá y la Fundación Neonatológica. La versión que se analiza en este trabajo es del año 2012 y tanto ésta como su versión anterior fueron desarrolladas mientras la Dra. Zulma Ortiz era la responsable del Área Salud de UNICEF.

El objetivo de la Guía 1 se presenta como brindar una metodología para la transformación de MSCF por parte de cualquier maternidad pública. De esta forma, *a partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorarla calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal* en todo el país.

En este sentido, se encuentra explícita una perspectiva de derechos, haciendo gran hincapié en varios apartados de la Guía en la atención humanizada, el respeto de los derechos de la mujer y el bebé y la no medicalización, entre otros aspectos relevantes. Sin embargo, la implementación de esta metodología (en palabras de la guía, *comenzar un proceso de cambio de la cultura organizacional*) queda sujeta a la decisión de la dirección de la maternidad a comprometerse con esta política. De esta forma la garantía de los derechos por parte del equipo de salud queda en manos solo del *convencimiento y compromiso con la adopción del modelo*⁷.

La guía plantea 5 ejes conceptuales, 16 principios y 10 pasos para la implementación de la estrategia.

⁵La *adhesión* no significa que se encuentren acreditadas como MSCF, sino que han iniciado el proceso para lograrlo y se pueden encontrar en distinto estado de avance. Listado completo en http://www.unicef.org/argentina/spanish/LISTADO_DE_INSTITUCIONES_ADHERIDAS_A_LA_INICIATIVA_2015.pdf último acceso 26/8/2016.

⁶ Un análisis más profundo de este documento se puede encontrar en: Castrillo B. (2016)

⁷Según un estudio realizado en las 29 maternidades de la PBA el 31% de los encuestados de los servicios de Obstetricia y el 42% de Neonatología consideró que la mayoría del personal de su servicio estaba de acuerdo con la transformación hacia una MSCF; sólo el 29% de Neonatología y el 21% de Obstetricia indicó que su servicio estaba totalmente comprometido con este proceso de cambio. Por último, 69% y 51% de los encuestados de Neonatología y Obstetricia respectivamente, indicaron que existían razones legítimas para que la iniciativa se implementara. Ramos, S., Romero, M., Ortiz, Z. y Brizuela, V. (2015)

TABLA 1. Ejes conceptuales, principios y resultados esperados del modelo MSCF

EJE CONCEPTUAL	PRINCIPIOS	RESULTADO ESPERADO
1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.	1. Es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en el o la paciente (y su familia) y su seguridad. 2. Es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico. 3. Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma. 4. Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.	Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades.
2. Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija.	5. No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos. 6. Enfrenta la inequidad y la discriminación. 7. Admite publicidad en el marco de la ética.	El equipo de salud conoce e informa a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija.
3. Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.	8. Empodera a la familia y tiene beneficios agregados. 9. Es gratificante para todos los agentes de salud. 10. Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.	La familia asume un papel protagónico en el cuidado de su hijo; las autoridades de la maternidad se comprometen a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija, y los miembros de la comunidad son convocados a involucrarse y a participar en actividades de voluntariado.
4. Uso de prácticas efectivas y seguras.	11. Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia. 12. Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua. 13. Es costo-beneficiosa, replicable y segura. 14. Contribuye al cumplimiento de los ODM. 15. Sus resultados pueden ser cuantificados.	El equipo de salud adopta prácticas efectivas y seguras y desalienta el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño/a.
5. Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa HAMN.	16. Es abarcativa e incluyente de todas las propuestas complementarias y específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa.	La institución fortalece las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna, participa en el HAMN, y propone estrategias de promoción y asistencia conforme a su contexto sociocultural.

Fuente: Guía 1, pág. 12

La protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo/a, es uno de los ejes conceptuales fundamentales de la guía, pero queda expuesto al mismo nivel que los otros cuatro (uso de prácticas efectivas, fortalecimiento la iniciativa del Hospital Amigo de la Madre y el Niño, etc.), es decir que los derechos son tan importantes como la participación, el uso de prácticas seguras, entre otros. Si bien puede pensarse en la sinergia de estos procesos y la necesidad de pensarlos como un todo, se considera necesario hacer una priorización sobre cuáles son las acciones y conceptos clave primordiales al momento de repensar la atención de las mujeres y niños, donde los derechos debieran estar en primer lugar.

También puede destacarse el lugar y uso que se realiza de algunos conceptos. Por ejemplo, si bien la Guía 1 explica cómo el modelo MSCF representa un cambio de paradigma para la institución de salud *sumando lo humanístico al progreso tecnológico*, cuando se lee el apartado correspondiente a su explicación, gran parte está destinado a describir el progreso tecnológico de la biomedicina y sus beneficios en la mejora, por ej., de la sobrevivencia neonatal, y solo unas dos oraciones para ilustrar lo *humanístico* (reducido a la participación de la familia y protagonismo de la mujer) que debe incorporarse a lo primero.

Más allá de lo observado, se encuentran un grupo de acciones relacionadas con la garantía de derechos de la mujer y su hijo/a, como ser: acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, elección de posición para parir, acompañamiento irrestricto e involucramiento de la familia del bebé internado en terapia intensiva. De todas formas, es importante destacar

que estas prácticas están legitimadas más por la evidencia que justifica su adopción por mejores resultados obstétricos/neonatales que por una legítima perspectiva de derechos. En este sentido, medicina centrada en el paciente y seguridad del paciente están en un mismo plano.

La Guía 1 considera que una institución promueve un parto seguro y centrado en la familia cuando el equipo de salud responsable de su realización practica el parto no medicalizado, integral y basado en el uso de intervenciones beneficiosas -avaladas por la mejor evidencia disponible-, teniendo en cuenta no solo las necesidades biológicas, sino también las necesidades sociales y culturales de las mujeres, sus hijos e hijas y sus familias. Con todo, hay que comprender que no medicalizado (sin patologizar y abusar de prácticas y medicación) no es lo mismo que no intervenido (sin intervención por parte del sistema de atención y siguiendo la fisiología del proceso). Esto nos lleva a pensar la cuestión de quién define el límite entre lo adecuadamente intervenido y el abuso de medicalización: si son los mismos profesionales los encargados de justificar sus intervenciones, ¿no terminan siendo jueces y parte?

Con todo, el texto recomienda no realizar algunas de las intervenciones más tradicionales y difíciles de erradicar de la práctica: episiotomía y amniotomía de rutina, rasurado y enema y hasta cita una revisión sistemática donde se cuestiona el uso del partograma (aunque la Guía 1 recomienda su uso para la evaluación del progreso del trabajo de parto mientras no haya evidencia concluyente sobre su abandono). Así mismo se reivindican otras prácticas beneficiosas y difíciles de implementar: promoción de métodos no farmacológicos de analgesia, acompañamiento continuo, clampeo tardío del cordón, contacto piel a piel inmediato y capacitación del equipo para fomentar la lactancia materna. También se legitima y recomienda la capacitación del personal en atención del parto vertical, aunque sólo lo haga en el marco de una MSCF intercultural (es decir para atender mujeres de otras etnias) y no para todas las mujeres en general.

Se encuentra también un gran énfasis en la calidad de la atención como dimensión de la seguridad del paciente, debiéndose implementar una “cultura de la seguridad”. Esta cultura entiende la complejidad del sistema de salud y la forma en que se cometen errores en él: reconoce que la naturaleza de la actividad que desarrolla el personal de salud es propensa a la ocurrencia de errores o accidentes y estimula un ámbito de análisis del error no centrado en el individuo, en el que reportarlo no se acompaña automáticamente de una penalidad o castigo y se promueve la colaboración de distintos niveles jerárquicos para corregir los aspectos vulnerables. A su vez se vislumbra dentro de esta cultura de la seguridad cierto énfasis

(responsabilidad) en el papel de la paciente y su entorno familiar *“igualmente relevante es la participación de los propios pacientes y sus familias en este proceso [de seguridad]: ellos no solo pueden participar activamente en su propio cuidado, sino que su participación es crítica para la mejora de la calidad y la seguridad de la atención”* (Guía 1, 2012:45). En este contexto, los errores serían del sistema y no del profesional, por lo tanto, no habría un acto punitivo contra él o el equipo⁸.

Ahora, si bien podemos entender a los profesionales de la salud como parte de un sistema que muchas veces los victimiza, explota y desgasta ¿no se estaría con esta perspectiva dejando la puerta abierta para ocultar, justificar o invisibilizar hechos de mala praxis, violencia obstétrica y/o no respeto de los derechos? Parafraseando a Castro, sería necesario pensar el origen de la violencia obstétrica al nivel de las características de los diversos sistemas de sociales y de salud, sin por ello dar paso a una representación de los profesionales de la salud como si fueran meros autómatas que no tienen control sobre sus determinaciones y a los que, por tanto, no se les puede llamar a cuentas (Castro: 2016).

Sin detrimento de los puntos discutidos más arriba, la Guía 1 representa un instrumento metodológico pionero en Argentina en postular de la importancia de cambiar el paradigma de atención y repensar las maternidades como instituciones centradas en la mujer, en la familia y en el recién nacido.

2.2. De formación de RRHH en el distrito provincial

Las Residencias para Profesionales de la Salud constituyen una modalidad de formación dentro de las políticas de desarrollo de recursos humanos en el ámbito de la salud de la Provincia de Buenos Aires. El propósito de las Residencias es la de garantizar la formación de profesionales del equipo de salud, en función de las reales necesidades de la población (Decreto Reglamentario 2.557/01 del MSP). Durante el año 2009 se pone en marcha la actualización de los programas teniendo en cuenta los avances científicos y tecnológicos,

⁸Esta impronta orientada al aprendizaje de los errores y no punitivo, se encuentra en concordancia con la implementación del ya mencionado Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil. Este Sistema de Vigilancia apela al seguimiento e investigación de muertes tanto en ámbitos público, privado y de seguridad social. La metodología seleccionada para la vigilancia es el análisis de causa raíz "método de análisis sistemático y estructurado que busca identificar las fallas que contribuyen al desenlace del evento adverso centinela desde una perspectiva centrada en el sistema, con el fin de implementar soluciones que fortalezcan la seguridad de la atención de las organizaciones de salud y contribuyan a evitar muertes maternas e infantiles [...] el producto final del análisis causa raíz es un plan de acción con responsables y plazos de implementación que utilizará cada organización, que brinde cuidados y asistencia para la salud, para reducir el riesgo de eventos similares en el futuro funcionamiento del sistema".

las necesidades de formación ligadas a resolver las problemáticas de salud de la población, los lineamientos político sanitarios vigentes y la lógica de la capacitación en servicio.

Es importante destacar y citar, así mismo, la Ley 10.471 de carrera profesional hospitalaria donde se expresa que *El régimen de residencias (...) quedará supeditado a la planificación de capacitación del recurso humano y de la política sanitaria del Ministerio de Salud*. Podría esperarse, entonces, que la formación de los profesionales esté en concordancia con lo que MSP prioriza, diseña, e implementa a nivel central, en este caso para la atención del parto y nacimiento.

2.2.1 Programa de Residencia en Tocoginecología (en adelante PRT)

El PRT es el resultado del trabajo del Comité redactor de 20 médicos y la colaboración de otros 40, en su gran mayoría jefes de residentes, jefes de sala, jefes de servicio o instructores de maternidades y hospitales de la provincia. Su versión revisada final fue publicada en el año 2012.

En su Prólogo (redactado a nivel más político que técnico), se postula: *Tenemos la decisión política sanitaria de continuar acortando la brecha entre la práctica asistencial y los diseños curriculares* (PRT:2012,3). Esta frase y su contexto no son lo suficientemente explícitos para dar a entender cuál de las dos puntas se quiere acercar a la otra o si ambas deben ser redefinidas.

Por su parte, es esperable que un documento de estas características hiciera alguna mención al concepto de Salud que este Programa expresa, pero sólo se encuentra el siguiente pasaje en el apartado Marco General *“Este proceso [de reelaboración de los programas] priorizó la inclusión del concepto de salud como construcción social, jerarquizándose asimismo el lugar del paciente como sujeto destinatario de la atención”* (PRT:2012,6).

Podría pensarse que esta definición de Salud es parte de este programa en particular, pero en realidad, al tratarse de un documento provincial, con la coordinación y responsabilidad de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, es posible pensar también que refleja la posición de, sino el Ministerio en su conjunto, al menos de esa Dirección en particular. Lo más importante a destacar de esa cita, es el lugar del paciente, donde si bien se lo “jerarquiza”, finalmente sólo es un destinatario donde la atención sería entregada o depositada, sin ningún tipo de reconociendo como sujeto de derecho o ciudadano.

La formación está presentada en dos grupos de contenidos: los pautados para cada año de la residencia ligados a la práctica clínica y quirúrgica, y otro conjunto de contenidos transversales.

En cuanto al primer grupo, las prácticas y formación en atención del trabajo de parto, parto normal, parto patológico y cesárea se distribuyen a lo largo de los 4 años encontrándose descriptos de modo sucinto como objetivos de aprendizaje y contenidos teóricos. Sólo para subrayar un ejemplo relevante, dentro de los contenidos del 1er año sobre *parto normal* se encuentran los *métodos de inducción*, situación que llama a preguntarse por ej. ¿por qué un parto normal debería inducirse?, ¿qué consecuencias simbólicas puede tener para el residente la asociación entre lo *normal* y la inducción?, o simplemente ¿qué se entiende por parto normal? (definición de la que el PRT carece).

En el segundo grupo de contenidos transversales (listado escueto sin bibliografía de respaldo) se encuentran los siguientes relacionados con el tema del presente trabajo: derechos del paciente; consentimiento informado; violencia de género: legislación, conocimiento y aplicación de protocolos de intervención; salud sexual y reproductiva: legislación; el lugar del médico, la paciente y la familia en la toma de decisiones terapéuticas. Aquí, se pueden destacar varios puntos. Con respecto a aquel último sobre la toma de decisiones, se encuentra dentro del grupo contenidos relacionados con la bioética, no con los de los derechos de la paciente. En segundo lugar, aun cuando se encuentra un apartado sobre violencia de género, no se menciona a la Violencia Obstétrica, siendo esta una de las formas de violencia de género enumeradas en la Ley 26.485 sancionada con anterioridad a la revisión del presente programa⁹.

Finalmente, es importante destacar que no se encontraron referencias en todo el PRT a conceptos como parto respetado/humanizado (ni se lo reconoce o define como proceso fisiológico), Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, calidad de la atención o seguridad del paciente.

2.2.2 Programa de Residencia en Obstetricia (en adelante PRO)

Este programa presenta sustanciales diferencias con el PRT. En primer lugar, fue publicado 3 años más tarde, en 2015. Por otra parte, el PRO desde su Introducción marca una diferencia central con respecto a la definición de salud adoptada "*la salud tiene que ver con el*

⁹Dicha ley nacional es de orden público y, por lo tanto, de cumplimiento efectivo en todo el territorio nacional, sin necesidad de adhesión por parte de las provincias.

continuo accionar de la Sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad". (Ferrara, 1985). Desde este punto de vista la salud es una construcción social, un proceso dinámico, que nos remite a la idea de acción frente al conflicto, a la idea de transformación de la realidad. En este proceso es fundamental el rol del Estado, como también lo es la participación de cada uno de los actores sociales" (PRO, 2015:5).

Lo que más llama la atención es el párrafo siguiente de la introducción: *"El desafío actual es desarrollar políticas de salud que apunten a la integración social y dirigida a garantizar la universalidad y el derecho a la salud. En este sentido desde la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud se gestionan los procesos educativos en salud, teniendo como marco las políticas sanitarias y la legislación vigente"*(PRO,2015:5).

Considerando que ambos programas de residencia son impulsados y publicados con la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, la diferencia en sendos enfoques (marco teórico) es, al menos, llamativo, sobre todo si se observa que las referencias a la salud como derecho y como producto social aparecen en la formación de Lic. en obstetricia y no entre la de los médicos.

Este concepto de salud se refuerza nuevamente en el apartado Antecedentes donde se vuelve sobre la *"salud como construcción social jerarquizándose el lugar del sujeto como protagonista del proceso de atención"*. El término *Sujeto* aquí claramente no hace referencia al depositario de la atención sanitaria, sino que resuenan las palabras protagonista y proceso.

Otra característica especialmente distintiva de la formación en Obstetricia, y que no forma parte del programa de formación en Tocoginecología, es un grupo importante de contenidos explícitamente relacionados con los derechos de la mujer embarazada. Son parte de la bibliografía obligatoria: la Ley de derechos del paciente, la Ley 25.929 y la Guía de Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

Por su parte los objetivos específicos de la formación abarcan, por solo citar algunos de los relacionados con el presente análisis: *Conocer las propuestas del MSP y de la Nación, leyes y reglamentaciones vigentes, en lo que a estrategias de APS y Maternidad Segura y Centrada en la Familia se refiere; Reconocer los derechos que tiene la embarazada/parturienta/puérpera y su familia a ser protagonistas de este período tan especial, brindándoles la información y apoyo necesario en cada etapa; Capacitar al residente para que brinde apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto a través de intervenciones de probada efectividad y seguridad, evitando la medicalización del parto;*

Promover el respeto de los derechos de la paciente y su familia y lograr una comunicación apoyada en la confianza; Facilitar el cambio de paradigma en pos de la Seguridad del paciente, ubicándola como sujeto de derecho (PRO, 2015:20-21)

Si bien este tipo de objetivos resultan lógicos y esperables en la formación de un RRHH en salud que debe ejercer su práctica cotidiana con mujeres con “embarazos y partos de bajo riesgo”, esto no quita que los médicos tocoginecólogos, formados para intervenir en eventos patológicos, no reciban una formación análoga en este sentido, basada en el conociendo de la legislación vigente, respetando a la paciente y envidando prácticas desaconsejadas y la medicalización injustificada.

En este sentido es evidente la brecha entre los programas de residencia: dos perfiles de profesionales que se espera trabajen en equipo, pero con perspectivas y formación disímiles. Por un lado, obstétricos/as formados/as para acompañar un proceso fisiológico, de respeto de los derechos y mínima medicalización e intervención, preparados para asistir partos de *bajo riesgo* y a quienes se les confía dichos procesos en el subsector público. Por otro lado, médicos tocoginecólogos capacitados para intervenir ante situaciones de riesgo, sin formación en acompañamiento ni enfoque de derechos, que son finalmente quienes asisten todo tipo de partos en los subsectores de seguridad social y privado.

2.2.3 Programa de Residencia en Pediatría(en adelante PRP)

Se considera importante analizar este documento dado que es el médico pediatra el responsable de atender a el recién nacido(RN) en el momento del parto/nacimiento. El pediatra es uno de los profesionales médicos que hoy conforma el equipo de salud en la sala de partos en cualquiera de los subsistemas. En este sentido, resulta necesario conocer cómo los pediatras son formados para atender y proceder en ese momento, tanto con el recién nacido y como con su familia.

Este programa se destaca por tener el mismo Prólogo y Marco General que el PRT, por lo tanto, las referencias al concepto de salud como construcción social, al paciente como destinatario de la atención y a la decisión política de acortar la brecha entre la práctica y los diseños curriculares redundan en el análisis expresado más arriba. Sólo se puede adicionar una pequeña referencia a la importancia del *enfoque biopsicosocial, orientado a la prevención y la promoción de la salud* para orientar la formación en pediatría (PRP, 2012:27)

La formación se presenta en 6 áreas de competencias específicas de desarrollo del perfil profesional, entre las cuales la primera es “Atender al niño/a, asesorar y acompañar a

la familia en la sala de partos e internación conjunta, lo que implica: recibir y atender al recién nacido y acompañar y asesorar a la familia con relación a la crianza del recién nacido”. El conjunto de prácticas sobre las que deben ser entrenados los pediatras son: trabajar en coordinación con el médico obstetra, la enfermera, la licenciada en Obstetricia, según la guía de parto humanizado; preparar la sala de reanimación; relevar historia clínica perinatal y neonatal; realizar la recepción del RN según protocolo vigente y efectuar ligadura del cordón; realización de examen clínico y físico completo, aplicación de vitamina K y primera dosis de la vacuna de Hepatitis B, y BCG antes de dar el alta; realizar profilaxis ocular, efectuar antropometría del RN y finalmente, se debe tener en cuenta la normativa vigente para la identificación del Recién Nacido.

En primer lugar, es importante destacar que la referencia a la “guía de parto humanizado” es confusa ya que, por un lado, no se brindan más detalles o referencias sobre la misma en ningún espacio del programa, y por otro, porque no existe ninguna Guía con ese nombre en el ámbito nacional ni provincial. Esto deja en penumbras parte de la formación de los pediatras, dado que no existe tal guía a la cual ajustar la práctica. Así mismo queda en evidencia la confusión en los términos y poca claridad conceptual sobre el “parto humanizado” y cuáles serían las normas que legitiman los derechos de las familias y enumeran los deberes de los profesionales de la salud en el momento de parto/nacimiento.

También podemos destacar que muchas de las prácticas rutinarias realizadas a los RN no son urgentes y pueden ser postergadas hasta varias horas después del nacimiento. Así la madre y el bebé son separados dentro de la primera hora de vida, la “hora sagrada” donde, según la Guía 1 debe propiciarse el contacto piel a piel y la lactancia materna. Esto nos lleva a observar cómo se ha invisibilizado el sufrimiento del RN al ser separado de la madre y sometido a prácticas dolorosas no urgentes ni estrictamente necesarias para cuidar su salud.

Las mencionadas 6 áreas de competencias específicas profesionales están atravesadas por otras 4 áreas profesionales genéricas o transversales, las cuales son: Atención de la Salud, Gestión de la Atención de la Salud, Educación Médica Pediátrica e Investigación. Los contenidos mínimos de estas áreas se encuentran enumerados a modo de programa de estudio y podemos encontrar conceptos como: equidad, derechos humanos, declaración universal de los derechos del niño, derecho a la salud y ciudadanía. Más allá de estos contenidos mínimos, no se identifica una franca perspectiva de derechos, donde se entienda a la salud como un derecho humano, se destaque la importancia de garantizar el acceso universal a los servicios de salud, etc. Sí se identificaron referencias a la atención de calidad y a la medicina basada en la evidencia como ejes clave de las prácticas pediátricas. Resulta interesante destacar que, si

bien el listado de contenidos mínimos transversales está puntillosamente enumerado, la distribución de las rotaciones por año de residencia (es decir, servicios por cuáles transitará su formación el residente) no deja claro en qué momento se abordarán los esos contenidos ni quien estará a cargo de transmitir esos conceptos. Las rotaciones están únicamente asociadas a las áreas de pediatría (neonatología, cuidados intensivos pediátricos, hospital de día, cirugía, adolescencia, etc.) y ninguno de los objetivos y contenidos correspondientes a cada año de rotación se encuentran ligados a los contenidos de las áreas transversales.

Llama la atención que estos tres programas hayan sido producto de una misma política de actualización y formación de RRHH a nivel provincial, donde se habría esperado que la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud junto a la Dirección de Maternidad e Infancia hubiesen tenido un rol rector y supervisor en la definición y homogeneización de estos perfiles profesionales en consonancia con la Guía de MSCF que desde 2010 se difunde e implementa dicha Dirección.

Las preguntas obligadas a indagar en futuros trabajos son, ¿qué rol tuvo el MSP en el proceso de actualización de los programas de residencia? ¿qué rol tuvo en la armonización y rectoría de los intereses y saberes de todos los profesionales involucrados en esta actualización y de las instituciones que ellos representan (institución hospitalaria, universitaria, colegios profesionales)?

3. Guías de práctica o protocolos de atención.

Las guías de práctica tienen el objetivo de reducir la variabilidad clínica y mantener a los profesionales actualizados en cuanto a la nueva evidencia sobre sus prácticas y los caminos a seguir ante determinadas situaciones. Cabe destacar que la aplicación de estas recomendaciones quedan, en última instancia, en la decisión de los profesionales a cargo de implementarlas o no al momento de presentarse el evento. En relación a la atención del parto, el MSP cuenta con su propia Guía de atención del parto.

3.1 Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo¹⁰ (en adelante Guía 2)

Este documento, es la segunda versión de su texto original del año 2009. Realizado durante la gestión del Dr. Alejandro Colia tiene una impronta muy distinta a aquel primero

¹⁰ Un análisis más profundo de este documento se puede encontrar en Castrillo B. (2016)

publicado durante la gestión del Dr. Claudio Zin (ambos Ministerios durante la gobernación de Daniel Scioli). Si bien las recomendaciones son exactamente las mismas, es decir, no se realizó una nueva revisión de la evidencia, la segunda edición tiene una fuerte impronta de perspectiva de derechos que la primera carece. Esta perspectiva está presente desde la introducción *“La intervención planteada desde los procedimientos aquí descriptos se apoya en un enfoque de derechos. Esta perspectiva aplicada a la atención de la salud, concibe a la misma como una responsabilidad de los gobiernos, de carácter obligatorio en lo moral y lo legal, para cubrir las demandas de la población y garantizar un buen estado de salud integral a largo plazo(...) El enfoque de derechos no sólo hace hincapié en la responsabilidad de las autoridades, sino en la concepción de sujeto como persona empoderada que ha tomado conciencia de los derechos y puede exigir su cumplimiento y garantía”* (Guía 2, 2012:13).

También se destacan conceptos asociados con esta perspectiva a lo largo del documento: accesibilidad, calidad en la atención, equidad en la cobertura y atención primaria de la salud. Así mismo, esta versión de la Guía 2 incorpora un capítulo sobre identificación de violencia de género, ya que la entiende como uno de los factores que elevan al embarazo a la categoría “de alto riesgo”.

Los objetivos de la guía están planteados en términos muy instrumentales: proporcionar información para evaluar la eficiencia del sistema, incorporar herramientas que mejoren la toma de decisiones, recomendar y alentar la utilización de prácticas basadas en la evidencia, proporcionar una herramienta que facilite el proceso de capacitación del personal en los lineamientos que propone el MSP, en consenso con el Ministerio de Salud de la Nación e Intervenir en la consulta de todo el personal.

Desde su título, la presencia del concepto *embarazo de bajo riesgo* (EBR) ya nos deja en un terreno donde se naturaliza el embarazo como proceso fisiológico (así se lo define en la pág. 19) pero riesgoso. El EBR es *“aquel que transcurre sin que factores desfavorables (biológicos, psicológicos, socio-demográficos, etc.) y/o patologías maternas previas o adquiridas en el transcurso del embarazo evidentes o no, interfieran en su normal evolución, llegando a término con feto sano, en presentación cefálica y proporción céfalo-pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y un puerperio normal”*.

Un interrogante que surge indudablemente es: ¿quién y cómo ha definido las tres dimensiones de los factores desfavorables? En todo caso, la Guía 2 enumera como factores socio-demográficos desfavorables a: edad (menor de 17 o mayor de 35 años); tipo de ocupación de la mujer (esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes químicos y

biológicos, estrés);desocupación personal y/o familiar;situación inestable de la pareja;analfabetismo; baja escolaridad;desnutrición;obesidad;dependencia a drogas;violencia doméstica. Así, lamayoría de las embarazadas parecen, a priori, escapar a esta categoría "de bajo riesgo", principalmente al considerar que la Guía 2 fue diseñada para su distribución y aplicación en el subsector público.

Retomando los datos oficiales ya citados, donde el 32,9%de los partos terminan en cesárea en el sector público provincial, y el 66% en la principal Obra social IOMA (y extraoficialmente se manejan esos porcentajes o aún más altos para los subsectores de seguridad social y privado) y se hiciera un paralelo entre la presencia estos factores sociodemográficos desfavorables y el lugar de atención del parto entre las embarazadas bonaerenses, se esperaría que la mayoría de las “embarazadas de alto riesgo” concurren al subsector público, siendo los otros subsectores terreno de las mujeres menos vulnerables.¿Por qué, entonces, la mayor incidencia de cesáreas entre este último grupo, donde se concentran las mujeres con menos factores sociodemográficos desfavorables?

Según la Guía 2, en el 90% de los casos el parto es un proceso fisiológico, espontáneo y saludable, y se admite que la mujer y el bebé poseen la sabiduría para transitarlo. Esta perspectiva fisiológica del nacimiento se mezcla con la presencia de palabras *categorización según riesgo, vigilancia y control* donde la serie de controles prenatales tienen, entre uno de sus objetivosobtener *[por parte de la mujer] una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido*.

Además, se presenta otro espacio *de prevención destinado a la desmitificación de la maternidad, el esclarecimiento de los temores y las dudas, los cambios corporales y afectivos que sobrevendrán*:el curso para La Preparación Integral para la Maternidad (o más comúnmente,el “curso de parto”).Estrictamente hablando, un espacio de estas características debería ser llamado de promoción de la salud, ya que ¿qué se estaría previniendo? Las enfermedades pueden prevenirse, pero la circulación de información y la construcción de un mayor conocimiento sobre un proceso como el parto, se promueve. Más allá de estos conceptos en tensión, es importante también llevar la atención a la idea de “*desmitificación de la maternidad*”, que describe a las mujeres como cargadas de mitos más que *unsaber o conocimiento que hay que respetar* (Guía 2, 2012:78).

La preparación para un hecho fisiológico de mujeres sabias, portadoras y conocedoras de sus derechos no tendría sentido si no se tratara, finalmente de un entrenamiento o *socialización para la obediencia en el parto*(Castrillo:2016) para cumplir y entender otro tipo de procesos y dinámicas al momento del parto/nacimiento: losinstitucionales.

La Guía 2 destaca, al igual que Guía 1 una serie de recomendaciones basadas en la evidencia que garantizan además los derechos expuestos en la Ley 25.929: evitar el uso rutinario de fármacos innecesarios y de prácticas y procedimientos sin un fundamento científico; acompañamiento continuo de la parturienta por una persona de su elección; respeto al derecho de la mujer a elegir la posición que le resulte más placentera para parir; respeto a la privacidad, confidencialidad y dignidad de la parturienta; fomento la internación conjunta.

El concepto de *calidad*, se encuentra muy presente en la guía. De hecho, como toda guía de práctica clínica su objetivo es reducir la variabilidad en las prácticas y sistematizar la evidencia que garantizaría una atención adecuada (de calidad) para todos los pacientes, que en este caso son las mujeres en situación de parto de bajo riesgo.

A modo de discusión final: controversias sobre el avance

Aún entendiendo que un análisis profundo y riguroso de la situación toda de la atención del parto/nacimiento necesita nutrirse de varios análisis que den cuenta del conjunto amplio o global de las acciones por parte del Estado y otros agentes del sector salud, este trabajo priorizó indagar sobre las características del dispositivo normativo que estructura y orienta las actividades del MSP. En este sentido el análisis de los documentos deja espacio para destacar y llevar a discusión varios puntos.

Por un lado, si bien todos los documentos, con mayor o menos grado de explicitud, hacen referencia a la salud como un *proceso bio-psico-social* incluso como *construcción sociale* intentan alejarse de reduccionismos biológicos, las prácticas quedan encorsetadas preminentemente en lo biológico o clínico. Esto se visualiza más fuertemente en los PRT, PRP y la Guía 2, mientras que la Guía 1 y el PRO intentan un recorrido más fiel a la perspectiva de derechos y no medicalización/intervención y por lo tanto a un paradigma de la salud mucho menos biologicista.

Con respecto a la perspectiva de derechos, sería esperable que los conceptos de derecho a la salud, sexuales y reproductivos, de acceso a la salud, etc. fueran concebidos como origen de todos los otros instrumentos: seguridad del paciente, calidad, implementación de MSCF, etc. Pero contrariamente, el derecho aparece como uno más de los principios a seguir, quedando todos al mismo nivel, diluyéndolo. Así, si bien en el conjunto de las normativas se identifican improntas donde los derechos de los mujeres y niños se encuentran destacados y ratificados, la forma en que esos derechos son nombrados, definidos o posicionados no aportan ni transmiten la contundencia y universalidad del Derecho mismo.

Todos los programas de residencia fueron revisados entre los años 2010 y 2011 y finalmente publicados en 2012 en el caso de Tocoginecología y Pediatría y 2015 en el caso de Obstetricia. Todo con posterioridad a la adopción por parte del MSP de la Guía 1. En este sentido, es destacable que algunos de los contenidos de estos documentos no están en sincronía. Por ej, el PRP no incorpora el concepto contacto piel a piel y sólo remarca la internación conjunta, dos prácticas que no son lo mismo. Lo mismo sucede con la promoción y estimulación de la lactancia materna desde la misma sala de partos (Guía 1) y la promoción de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida (PRP). Estos ejemplos dan cuenta de una brecha entre los documentos elaborados por el ministerio. Sin perjuicio de entender que todos estos documentos y sus instancias de elaboración e implementación son espacios y campos de disputas de fuerzas de distintos grupos y actores (profesiones y funcionarios, que a su vez representan diversas instituciones de salud, gubernamentales, científicas), podemos visualizar una falta de hilo conductor en la implementación de intervenciones por parte del MSP en un mismo momento y en una misma gestión.

Como balance del papel que el MSP está desarrollando para intervenir sobre la *humanización del parto* (y la mejora de la calidad de su atención), se pueden traer como conclusión que se identifica un compromiso con el modelo de MSGF (Guía 1) y con la implementación de los derechos de la ley 25.929 en la provincia. Sin embargo, el hecho de que la implementación del modelo MSGF sea el único instrumento de gestión y no sea de implementación obligatoria en las maternidades de todos los subsectores deja una sombra en el rol rector del MSP y su franco compromiso con la problemática.

Con todo, aunque el avance sea lento o discutible, los últimos años de gestión en el MSP (tanto del Ministro Collia como de la Ministra Ortiz), dan cuenta de un camino que se ha iniciado y continúa en torno a la visibilización de los derechos de las mujeres y bebés en el momento del parto/nacimiento.

El desafío más grande, se encuentra en el puente que une las políticas centrales con su implementación en el nivel de las instituciones de salud. ¿Cómo llegar a ellas? ¿Cómo controlar lo que allí sucede? ¿Cómo garantizar efectivamente derechos en un momento de tanta vulnerabilidad para la mujer y su hijo/a como lo es el parto/nacimiento, en un contexto de total asimetría de un modelo médico hegemónico?

Llegar a las instituciones del subsector público es fundamental porque allí son capacitados la gran mayoría de los profesionales y se atiende casi la mitad de la población. En cuando a las instituciones del sector privado y seguridad social urge llegar a ellas porque el

Estado ha estado completamente ausente con estas políticas vinculadas al *parto respetado*. Todos los documentos analizados están pensados para la práctica o formación en las instituciones públicas, dejando a los profesionales privados con escasa o nula supervisión y redicción de cuentas.

De esta forma, se encuentra aquí la paradoja de que existe una distancia entre los derechos y garantías consagrados por el Estado (a la salud, al respeto, a la información, a la toma de decisiones, a la atención de calidad, etc.) y las posibilidades de cumplimiento o control por parte de ese mismo Estado, sus instituciones y sus agentes. La altísima tasa de cesáreas del sistema de salud argentino es el botón de la muestra de la violencia obstétrica, ilustra la brecha entre lo que se hace y lo que se debería hacer. El Estado sanciona normas, protocolos o programas y el mismo Estado encuentra dificultad en implementarlos acabadamente cumplirlos o controlar su cumplimiento.

Bibliografía citada:

1. Castrillo, B. (2014). Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. Ponencia presentada en las I Jornadas de Género y Diversidad Sexual. Facultad de Trabajo Social UNLP 24 y 25 de octubre de 2014.
2. Castrillo, B. (2016) Gobierno de embarazos y partos: las guías de procedimientos de los Ministerios de Salud nacional y provincial. XII Jornadas de debate interdisciplinario de Salud y Población. Buenos Aires.
3. Castro, R. (2016) Violencia de genero. En Moreno, H y Alcántara, E (coord.). Conceptos clave en los estudios de género. Vol 1. Universidad Nacional Autónoma de México.
4. Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Revista CONAMED, vol 19, num 1, enero-marzo 2014 pags 37-42.
5. Davis Floyd, R. (2001). Los paradigmas tecnocráticos, humanista y holístico del parto". Revista International of Gynecology and Obstetrics, vol. 75, suplemento n 1.
6. INADI, (2012). Documentos temáticos Inadi: Derecho a la Salud sin Discriminación 1ª ed. - Buenos Aires.
7. IOMA (2014) Comunicación Institucional. Primer informe de relevamiento epidemiológico SIP_IOMA.
8. Isuani, F. (2012) Instrumentos de políticas públicas. Factores claves de las capacidades estatales. DAAPGE (Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal).

9. Lehner, M. (2012). Partos en la primera mitad del siglo XX. De las redes informales a la medicalización. En Kornblit, A., Camarotti, A. y Wald, G. (comp) (2012). Salud, sociedad y derechos, Buenos Aires.
[URL:https://www.teseopress.com/saludsociedadyderechos](https://www.teseopress.com/saludsociedadyderechos)
10. Magnone Alemán, N. (2010) Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización. IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-15 de setiembre de 2010.
11. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2009). Encuesta Perinatal 2008: Resultados en Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
12. Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre la tasa de cesárea. Resumen ejecutivo. disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf. Último acceso 15/07/2016.
13. Ramos, S., Romero, M., Ortiz, Z. y Brizuela, V. (2015) Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires. Arch Argent Pediatr 2015;113(6):510-518.

Documentos y normas citadas

1. Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres donde la violencia obstétrica es definida como un tipo de violencia contra la mujer
2. Ley Nacional 25.929 de los Derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento.
3. Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, Fundación Neonatológica, Maternidad Sardá (2011). Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural.
4. Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As (2012) Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo.
5. Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As (2012). Programa de Residencia en Tocoginecología
6. Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As (2012). Programa de Residencia en Pediatría.
7. Ministerio de Salud de la Provincia de Bs As (2015). Programa de Residencia en Obstetricia