

# CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE LA MATERNIDAD EN LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN DURANTE EL PERIODO 1995/2014. LA IMPORTANCIA DEL PARTO HUMANIZADO.

CHARACTERISTICS OF THE MATERNITY PROCESS IN THE PROVINCE OF NEUQUEN DURING THE PERIOD 1995/2014. THE IMPORTANCE OF HUMANIZED CHILDBIRTH.

*CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DA MATERNIDADE NA PROVÍNCIA DE NEUQUÉN DURANTE O PERÍODO DE 1995/2014. A IMPORTÂNCIA DO PARTO HUMANIZADO.*

## Resumen

Las intervenciones médicas tanto en el embarazo como en el parto y específicamente la cesárea electiva, son tema de debate entre los distintos especialistas. El objetivo fue caracterizar el proceso de la maternidad en la Provincia del Neuquén durante el periodo 1995-2014. Específicamente, interés describir sobre los controles prenatales en el sistema público y como concluyen los partos en la Provincia, profundizando si las variables edad de la madre y nivel educativo presentan alguna tendencia cuando se las incorpora al estudio. Como conclusión, es necesario no pensar en llevar adelante un incremento de los controles prenatales, sino repensar la atención del embarazo en cuanto a su modalidad y la

Álvarez, María E.<sup>1</sup>  
Bercovich, Gabriela<sup>2</sup>  
Zanovello, Estefanía<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Sociología (UBA).

<sup>2</sup>Licenciada en Ciencias Políticas (UBA).

<sup>3</sup>Licenciada en Sociología (UBA).

Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas.  
Dirección Provincial de Estadísticas y Censos de la Provincia del Neuquén.  
e-mail: mealvarez@neuquen.gov.ar; gbercovich@neuquen.gov.ar; zanovello@neuquen.gov.ar

Trabajo recibido: 26 de Julio de 2016.

Aprobado: 17 de Febrero de 2017.

mirada a partir de la cual se ponen en práctica. El planteo de fondo debe estar referido al acompañamiento y a la información por parte de los profesionales de la salud, durante el proceso de la maternidad.

**Palabras Clave:** atención del parto, cesáreas, parto humanizado

Abstract:

Medical interventions during pregnancy as well as in the delivery process and particularly in elective C-section, are a debate issue among different specialists. The objective was to characterize the maternity process in the Province of Neuquén during the period 1995-2014. Specifically, it tries to describe prenatal controls in the public system and how deliveries result in the province, deepening if the variables mother age and educational level show any tendency when incorporated to the study. As a conclusion, it is not important to consider increasing prenatal control, but to reconsider pregnancy care, as regards modality and how it is carried out. The underlying strategy should refer to health professionals accompanying and informing during the maternity process.

**Key Words:** delivery care, C-sections, humanized delivery

Resumo:

As intervenções médicas, bem durante a gravidez quanto no parto e especificamente, cesariano eletivo, são objeto de debate entre os vários especialistas.. O nosso alvo foi caracterizar o processo de maternidade, na província de Neuquén durante o período de 1995-2014. Especificamente, foi de interesse descrever os controles pré-natais na rede pública e como concluem os partos na província, aprofundando se as variáveis idade materna e grau de escolaridade evidenciam alguma tendência quando incorporados no estudo. Em conclusão, não é preciso pensarmos em levar a cabo um aumento do control no pré-natal, mas refletir nos cuidados na gravidez e sobre a perspectiva a partir da qual são concretizadas na prática profissional. O núcleo da análise deve ser referido ao acompanhamento e fornecimento de informações pelos profissionais de saúde, durante o processo da maternidade.

**Palavras-chave:** cuidados no parto, cesarianas, parto humanizado

Introducción

Durante las últimas décadas el acceso a servicios de salud respecto a la atención del embarazo y el parto han mejorado de manera creciente, es así que se ha incrementado la cantidad de consultas médicas durante el embarazo, se controla y monitorea el crecimiento fetal, se acompaña a través de distintos profesionales a la madre no sólo en el embarazo sino también en el parto y en el posparto, entre otros. Esto contribuye a disminuir algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Por su parte, el marco normativo vigente garantiza: el «parto respetado» o «parto humanizado»<sup>1</sup>; la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres<sup>2</sup> y los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado<sup>3</sup>.

No obstante, las intervenciones médicas tanto en el embarazo como en el parto y específicamente la cesárea electiva, son tema de debate entre los distintos especialistas.

El objetivo fue caracterizar con datos estadísticos la atención del proceso de la maternidad en la Provincia del Neuquén durante el periodo 1995-2014. Analizar veinte años permite observar la evolución de los cambios del sistema de salud respecto a la atención durante el embarazo y el parto.

Los objetivos específicos fueron describir los controles prenatales en el sistema público,

como se desenlazan los partos en la Provincia, y analizar el nivel de cesáreas llevadas a cabo, y las variables edad de la madre, nivel educativo y el lugar de ocurrencia del parto.

## Marco Teórico

De acuerdo a los objetivos planteados para el presente trabajo, resulta importante definir teóricamente las temáticas enunciadas, las que permitirán orientar el análisis de los datos realizados. Específicamente, los conceptos que guían el estudio son: parto, cesáreas y control prenatal.

Se entiende por parto al “proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”<sup>4</sup>; es un “proceso que tiene que ver con la vida, el placer, la alegría, la esperanza, las emociones intensas”<sup>5</sup>. Las cesáreas, por su parte, pueden clasificarse en electivas e intraparto. La cesárea intraparto abarca tanto las cesáreas que se realizan en cuestión de minutos para salvar la vida del feto, así como aquellos en los que la mujer y el feto están bien pero precisan una intervención rápida (por ejemplo, una mujer que aún teniendo cesárea programada, llega a urgencias en trabajo de parto activo). La cesárea electiva es aquella realizada antes del comienzo del parto. Se considera que minimiza el riesgo de sufrir complicaciones quirúrgicas comparándola con la cesárea no programada, la cual puede ser necesaria durante el intento de parto vaginal. Las indicaciones de éste tipo de cesárea son: cesárea previa, presentación de nalgas o transversa, gestación múltiple, parto prematuro, bajo peso por edad gestacional, placenta previa, placenta ácreta, predisposición de desproporción pélvica-fetal, transmisión vertical de infecciones o histerotomía previa.

Sin distinguir entre electivas e intrapartos, a partir de mediados de la década de 1980, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral<sup>6</sup>.

Tomando el trabajo publicado por la Asociación El Parto es Nuestro, el preocupante aumento injustificado de cesáreas que se lleva registrado en los últimos años va íntimamente ligado al excesivo intervencionismo y medicalización durante el trabajo de parto. Esto lleva a manejar el parto de forma muy alejada respecto de su fisiología natural haciéndolo cada vez más patológico, cada vez más vulnerable a que algo se altere y haciendo más probable la aparición de algún problema que tenga como consecuencia la necesidad de finalizarlo de forma urgente, como por ejemplo por medio de una cesárea<sup>7</sup>.

Por control prenatal se entiende a “la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza”<sup>8</sup>. Los controles son los momentos en donde la familia se informa y se comunica con el profesional de la salud. En la actualidad las Normas de Atención a la Mujer Embarazada del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, si bien reconocen la evidencia científica, entiende que con más de cinco consultas no se mejoran los resultados perinatales, aconseja: una consulta por mes hasta la semana 32, quincenalmente hasta la 36 y semanalmente hasta el parto. Esto representa aproximadamente 13 consultas<sup>9</sup>. En la actualidad el nivel de captación de los embarazos por los sistemas de salud y los porcentajes de controles prenatales es un

indicador macro social sobre salud materna. Específicamente, brinda contenidos educativos para la salud de la madre y la familia; previene, diagnostica y trata las complicaciones del embarazo; vigila el crecimiento y la vitalidad del feto; detecta y trata enfermedades maternas clínicas; alivia molestias y síntomas menores en el embarazo; y prepara a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

## Metodología

El presente estudio es un trabajo exploratorio, en donde se realiza un análisis descriptivo del periodo del embarazo y del parto considerando la impronta teórica seleccionada.

En un primer momento se caracterizan los nacimientos a lo largo de veinte años y se analiza el comportamiento reproductivo de las mujeres, considerando el nivel educativo de las mismas. Se utiliza como fuente de información las bases de datos de nacidos vivos de 1995 al 2014. Esta base se enmarca en el sistema de recolección continua de información referente a los nacimientos, provenientes de las declaraciones o inscripciones que la población realiza en los registros civiles y en los establecimientos de salud donde el hecho vital se produce, brindando además ciertas características de esa población.

En un segundo momento se hace referencia a los controles, acompañamiento durante el trabajo de parto, medicalización a través de ocitocina y episiotomía con datos estadísticos, utilizando como fuente primaria la base de datos del año 2014 del Sistema de Información Perinatal (SIP) correspondiente al sistema público de la Provincia del Neuquén.

En una tercera instancia, se particulariza sobre la información referida a la culminación del parto y características específicas de la madre como la edad, el nivel educativo y el lugar de ocurrencia del parto (público y privado). La misma se obtuvo de las bases de nacidos vivos del periodo 1995-2014.

Respecto al procesamiento de los datos, ambas bases fueron ejecutadas y analizadas con el programa informático SPSS.

## Las madres y los nacimientos en Neuquén

En la Provincia del Neuquén nacen en promedio 11.500 niños por año, los nacimientos son atendidos por profesionales de la salud y ocurren en algún establecimiento público o privado. Además, la mayoría de los niños nacen a término, entendiéndose por ello que los nacimientos ocurren entre las semanas 37 y 41 de gestación completa. En cuanto al peso al nacer, aproximadamente el 57% lo hace con un peso que se ubica entre los 2.500 grs. y los 3.499 grs.

Teniendo en cuenta la estructura de edad de las mujeres en edad fértil, se recurre a la tasa de fecundidad por edad, ya que permite caracterizar el comportamiento reproductivo de las mujeres. Estas tasas representan la frecuencia con la que ocurren los nacimientos para un determinado grupo de edad, con respecto a la población femenina del mismo grupo etario. Como se observa en el gráfico 1, la tasa más alta en el año 1995 se reflejaba en el grupo etario de 20 a 24 años (156,4 por cada mil mujeres) y en el año 2014 la tasa más alta se presenta en el grupo de 25 a 29 años (121,3 por cada mil mujeres). Cabe aclarar que la tasa presentó una disminución en todos los grupos, con excepción del grupo de 35 a 39 años en el cual se incrementó 1,6 puntos.

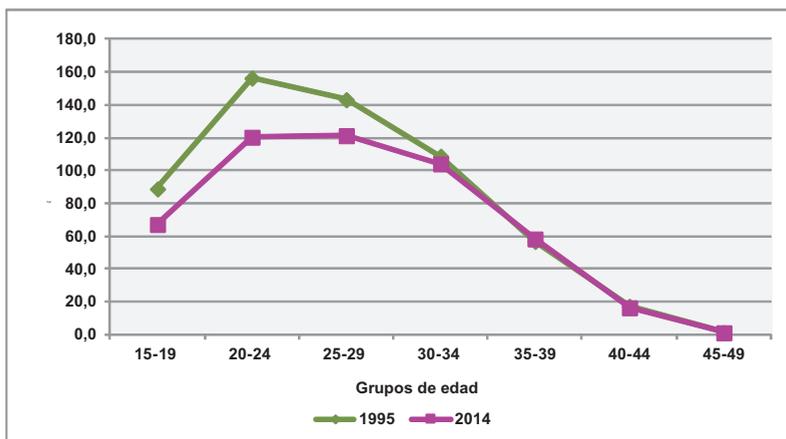


Gráfico N° 1: Tasa específica de fecundidad según año. Provincia del Neuquén. Años 1995 y 2014

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Al incorporar en el análisis la variable educación de la madre, los datos muestran que al inicio de la serie la mayor cantidad de nacimientos se producían en madres con bajos niveles educativos, es decir, que aproximadamente el 50% de las madres tenía hasta primario completo. Por el contrario, en el 2014 la mayor concentración de nacimientos se da en madres que tienen secundario incompleto y más. (Gráfico 2).

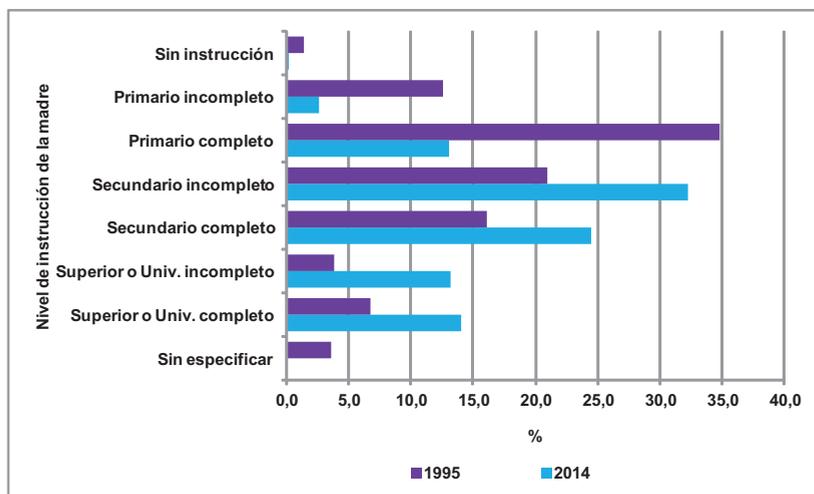


Gráfico N° 2: Nacidos vivos por año según nivel de instrucción de la madre. Provincia del Neuquén. Años 1995 y 2014.

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

## Embarazo y trabajo de parto

Con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales, a partir del siglo XX comenzó a institucionalizarse y medicalizarse el periodo de gestación. Es así que los profesionales de la salud comenzaron a decidir sobre las condiciones del nacimiento y a la vez empezaron a utilizar tecnología y procedimientos rutinarios en el embarazo y en el parto<sup>10</sup>.

Asimismo, el acceso a servicios de salud respecto a la atención del embarazo y el parto tienen como consecuencia el incremento de la cantidad de consultas médicas durante el embarazo, el control y el monitoreo del crecimiento fetal, así como también se acompaña a través de distintos profesionales a la madre no sólo en el embarazo sino también en el parto y en el posparto, entre otros. Para observar el periodo del embarazo y el trabajo de parto, los datos presentados a continuación corresponden al Sistema de Información Perinatal (SIP) de los establecimientos de salud públicos de la Provincia.

Según las Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia<sup>11</sup> un control prenatal eficiente requiere que sea precoz, con una frecuencia de 5 controles en la población de bajo riesgo y completo para lograr la mayor cobertura posible. En este sentido, en el año 2014 el 80,5% de las embarazadas que fueron atendidas en el servicio público se realizaron 5 o más controles y el 1,3% no se realizaron ninguno.

A partir de estos datos, podría afirmarse que la recomendación “cuantitativa” en cuanto a control del embarazo estaría siendo cumplida. Pareciera entonces, y a partir de la revisión bibliográfica realizada en cuanto a tender hacia maternidades centradas en la familia, que se vuelve necesario no pensar en llevar adelante un incremento de los controles, sino repensar la atención del embarazo en cuanto a las modalidades de los mismos y la mirada a partir de la cual se ponen en práctica.

En relación a lo anterior, durante el trabajo de parto existen varios momentos en los cuales los profesionales de la salud deben acompañar y asistir a la madre, al niño por nacer y a la familia. En el mismo sentido, la Ley 25.929 de Parto Humanizado promueve que se respete a la familia en sus particularidades y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas. Alrededor del 77% de las madres se encuentran acompañadas, siendo en la mayoría de los casos por su pareja (55%). Como se mencionó en el marco conceptual, los partos no están centrados sólo en la madre sino en la familia del niño por nacer. “La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y por lo tanto nacen niños en mejores condiciones”<sup>12</sup>. El “(...) apoyo también reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el trabajo de parto en un lugar desconocido”<sup>13</sup>.

Respecto al trabajo de parto denominado “manejo activo del trabajo de parto”, el procedimiento más usual es la administración de ocitocina para acelerarlo. En el sistema público neuquino el 60% de los partos espontáneos tuvieron esta intervención. Hasta el momento no se observaron estudios que hayan demostrado que esta práctica sea beneficiosa para la madre y su hijo, ya que si bien reduce el tiempo de trabajo de parto genera más dolor y como consecuencia una experiencia menos placentera<sup>14</sup>.

Otra intervención médica, que actualmente está cuestionada, es la episiotomía. La misma se realiza para prevenir desgarros perineales graves, sin embargo su uso rutinario no evidencia efectos beneficiosos, aunque sí hay clara evidencia de sus efectos perjudiciales<sup>15</sup>. Según los datos arrojados por el SIP, aproximadamente al 30% de las madres que parieron de manera espontánea les realizaron dicha práctica.

## Terminación del parto

Según los datos publicados por la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén en las últimas dos décadas, se visualiza que el porcentaje de partos espontáneos ha disminuido paulatinamente sucediendo lo contrario con las cesáreas. El incremento en la cantidad de cesáreas supera la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud: en el año 2014 de cada 10 nacimientos 4 tuvieron como forma de terminación de parto una cesárea. Cabe aclarar que el incremento considerable se observa en la cesárea electiva, la cual es determinada previamente al trabajo de parto, pasando de representar el 9,6% de los partos

totales en el año 1995, al 30,5% en el 2014. Por su parte, las cesáreas intraparto, que son aquellas que se deciden en el transcurso del trabajo de parto, se han mantenido estables a lo largo de la serie analizada, promediando el 12%. También se observa que hasta el 2004 las proporciones de partos espontáneos y cesáreas eran similares, sin embargo a partir de ese año comienzan a distanciarse considerablemente. Asimismo las otras formas de intervención en un parto espontáneo, como por ejemplo fórceps bajo y medio, ventosa, ventosa y fórceps, extracción en pelviana y otras; también disminuyen a lo largo de la serie analizada (pasando del 3% al 0,4%). (Gráfico 3).

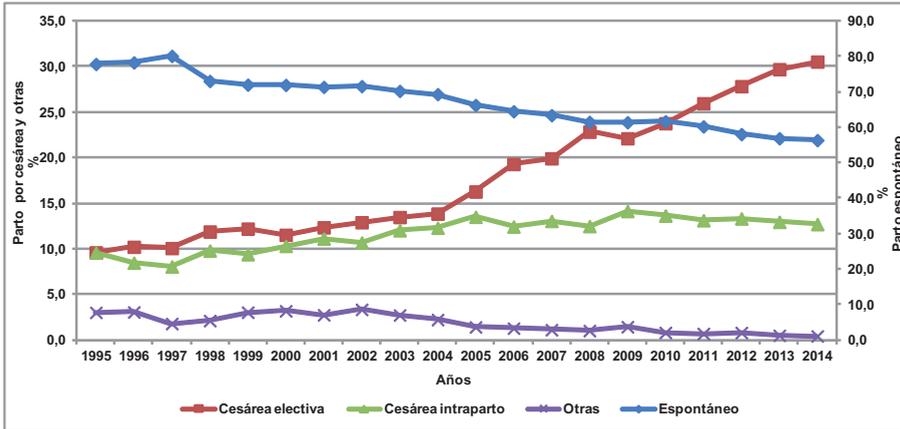


Gráfico N° 3: Nacidos vivos registrados por año según forma de terminación del parto. Provincia del Neuquén. Años 1995 y 2014.

Nota: No se tuvieron en cuenta los casos ignorados, que promedian el 1,4% a lo largo de la serie

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Si se incorpora al análisis el lugar de ocurrencia del parto (público y privado), los datos reflejan que en el último año de la serie analizada el 70% de los nacimientos en el ámbito público fueron a través de partos espontáneos mientras que las cesáreas representaron el 20%. En cambio en las instituciones privadas el 43% de los partos culminaron en cesáreas y sólo el 41% fueron espontáneos. (Gráfico 4).

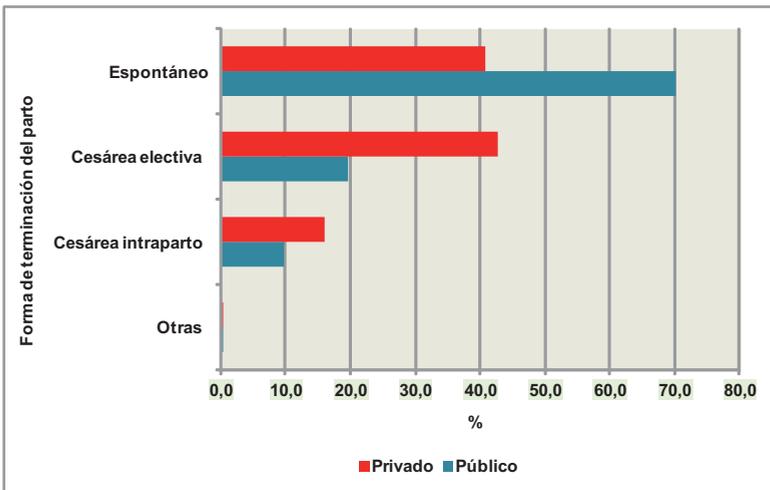


Gráfico N° 4: Nacidos vivos registrados por lugar de ocurrencia del parto según forma de terminación del parto. Provincia del Neuquén. Años 2014.

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

En cuanto al tiempo de gestación, se observan incrementos de cesáreas electivas en el 2014 en todas las edades gestacionales respecto de 1995, siendo el más notable el que representa a los nacimientos pretérmino (menos de 37 semanas), pasando del 19% a un 49%. Esto podría deberse a la presencia de factores de riesgo de la madre y del feto que conlleva a una intervención previa a la terminación del embarazo. (Gráfico 5).

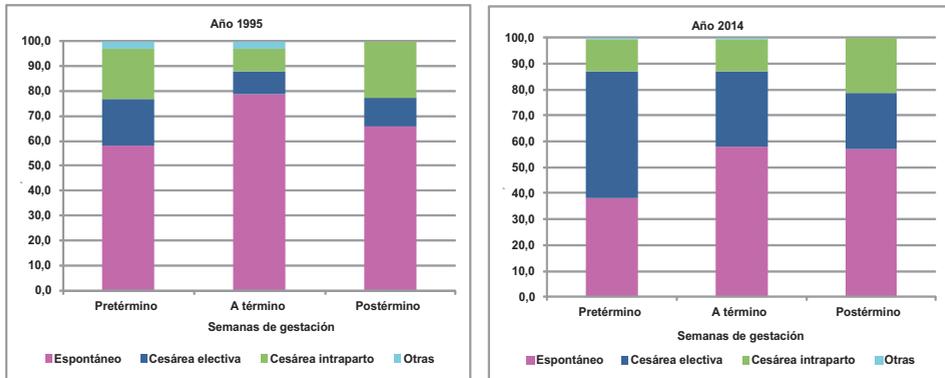


Gráfico N° 5: Nacidos vivos registrados por semana de gestación según forma de terminación del parto. Provincia del Neuquén. Años 2014.

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Por último, respecto de la edad materna y el nivel de instrucción en el año 2014, la proporción de cesáreas electivas se van incrementando a medida que aumenta la edad alcanzando el 43% en las madres con 35 años y más, algo similar sucede con el nivel de instrucción que el porcentaje más alto se muestra en las madres con universitario completo (40%). (Gráfico 6 y 7).

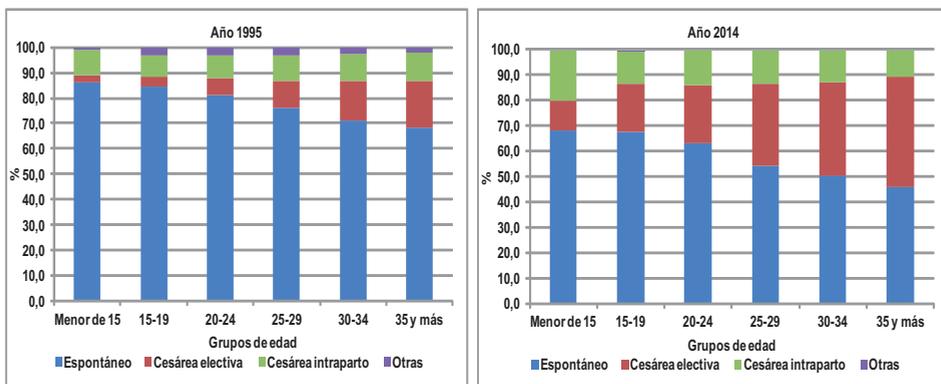


Gráfico N° 6: Nacidos vivos registrados por edad de la madre según forma de terminación del parto. Provincia del Neuquén. Años 1995 y 2014

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

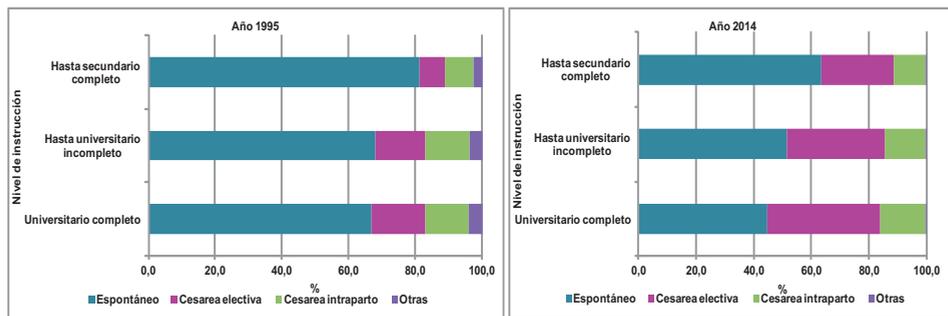


Gráfico N° 7: Nacidos vivos registrados por nivel de instrucción materno según forma de terminación del parto. Provincia del Neuquén. Años 1995 y 2014

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Incluso si se profundiza el análisis, es posible afirmar que las madres de 35 años y más, que tienen universitario completo y terminaron su parto con una cesárea programada representaron el 38% en los establecimientos privados, mientras que en los públicos esa proporción alcanza el 22%. Esto da cuenta de que las madres con edades avanzadas y con niveles educativos altos finalizan su embarazo con una cesárea en mayor proporción en el ámbito privado que en el público.

## Conclusiones

Caracterizar la atención en el proceso de la maternidad fue el objetivo de esta investigación, ya que existe un vacío académico al respecto. Hemos hallado una gran cantidad de guías y protocolos a seguir pero no estudios que propongan una visión más humanizada del parto. La mayoría de las madres (80,5%) accedieron y se realizaron al menos 5 controles durante la gestación y además estuvieron acompañadas durante el parto (77%). A partir de estos datos, se vuelve necesario no pensar en llevar adelante un incremento de los controles, sino repensar la atención del embarazo en cuanto a las modalidades de los mismos y la mirada a partir de la cual se ponen en práctica.

Respecto al trabajo de parto, se observó que la administración de ocitocina alcanza en el año 2014, en el sistema público de la Provincia del Neuquén, el 60%. Por su parte, la episiotomía se practicó en el 30% de los partos.

En cuanto a la culminación del parto, se visualiza que casi el 60% termina de manera espontánea y un poco más del 40% finaliza en una cesárea. Esta cifra se aleja bastante de lo recomendado por los organismos internacionales, pero además a lo largo de la serie analizada se observa un importante incremento en las cesáreas que son electivas y en el ámbito privado. Esta situación lleva a profundizar dos características de la madre como lo son la edad y el nivel educativo. Si bien es posible observar que las madres con edades avanzadas y con niveles educativos altos son más propensas a culminar el embarazo con una cesárea, es necesario considerar las variables relacionadas al acompañamiento y a la información durante el proceso de la maternidad.

Vale aclarar que en el desarrollo de este trabajo se encontró la limitación de analizar la atención del embarazo en el sistema privado lo cual hizo necesario un recorte en la cantidad de variables seleccionadas para avanzar en el mismo. Es una tarea pendiente que nos propondremos en una futura investigación.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud de R. Argentina. Ley de parto humanizado, N° 25.929;

- Argentina, 2004. Disponible en: <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/genero/legislacion-vigente-sobre-genero/ley-de-parto-humanizado.pdf>
2. Ministerio de Justicia y derechos Humanos R Argentina. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, N° 26.485. Argentina, 2009. Disponible en: <http://www.refworld.org/docid/4a016dd62.html>
  3. Ministerio de Salud de R. Argentina Ley de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, N° 26.529. Argentina, 2009. Disponible en: [http://www.uba.ar/archivos\\_secyt/image/Ley%2026529.pdf](http://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026529.pdf)
  4. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona: FAME, 2011. p.6
  5. Shallmann, Raquel. Parir en Libertad. Penguin Random House. Buenos Aires: Grupo Editorial Argentina; 2012. s/p.
  6. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1)
  7. Recio Alcaide A, García Carrascosa L. La tasa de cesáreas en España descende por primera vez en años: Asociación El Parto es Nuestro; Madrid. 2011. Disponible en: <https://elpartoesnuestro.files.wordpress.com/2011/07/informe-sobre-la-evolucion-de-las-cesareas.pdf>.
  8. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Buenos Aires: Argentina, 2013. p. 28.
  9. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género. Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada. Uruguay. 2007.
  10. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia; Buenos Aires: Argentina, 2010.
  11. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal; Buenos Aires: Argentina, 2013.
  12. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2010. p 25
  13. Federación de Asociaciones de Matronas de España. (FAME). Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona: FAME, 2011. p. 32.
  - 14/15 Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Buenos Aires: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación; 2010. P 33.