

Maternidad centrada en la familia: encuentro de derechos y evidencia científica. Factores obstaculizadores y facilitadores

Por la Dra. María Adelina Mohedano



Médico Obstetra; Jefa de Departamento Perinatal del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda, Tucumán. Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social

(Instituto Universitario ISALUD). Es coordinadora Provincial de la Red Argentina Relacahupan (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento) y miembro de diferentes sociedades científicas. Recibió el Premio por la Defensa de los Derechos de la Mujer y los Niños otorgado por la Presidencia de la Nación en el Día Mundial de la Salud (2005) por el Servicio Perinatal del Hospital Nicolás Avellaneda a su cargo y Premio Otorgado por la Honorable Legislatura de la Provincia de Tucumán en reconocimiento a la trayectoria y respeto por la humanización (2005).

Directora: Dra. María del Carmen Feijoo

Jurado Evaluador: Dr. Eduardo Filgueira Lima, Dra. María Alicia Marini, Dra. Alicia Calderón

* La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

1. Introducción

El problema de estudio que aborda esta tesis parte de considerar la necesidad de desarrollar, diseñar e implementar servicios de maternidad cuyo modelo esté centrado en la familia, desde una perspectiva del derecho y de la evidencia científica, la cual demuestra que se han alcanzado mejores resultados perinatales en aquellas instituciones y servicios donde fue aplicado este tipo de modelos. No obstante, existen factores facilitadores y obstaculizadores que deben ser identificados y analizados para el logro de niveles adecuados de implementación del mismo.

Desde este marco, se planteó como objetivo general de la tesis analizar el Servicio Perinatal del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda, en la ciudad de San Miguel de Tucumán, reconocido como “centrado en la familia” y con prácticas de parto humanizado, identificando las posibilidades y los obstáculos para la implementación y el sostenimiento de esta práctica.

Como objetivos específicos, se propuso:

- Describir herramientas utilizadas en el proceso de instalación del cambio de modelo de atención.
- Analizar la percepción del equipo de salud y de los tomadores de decisión en la identificación del modelo y el grado de adhesión al mismo.
- Estudiar las resistencias al cambio y la relevancia de los factores culturales, de formación de grado, institucionales, corporativos, estructurales o físicos, que influyen en la misma.
- Identificar la posición asumida por las mujeres en relación con el protagonismo en las decisiones sobre su embarazo y parto.

- Conocer el tipo y grado de participación del entorno familiar de la propuesta de acompañamiento, durante el proceso de atención en el Servicio Perinatal.
- Estudiar los resultados perinatales, mediante el Sistema Informático Perinatal que registra el servicio y el grado de correspondencia con conductas beneficiosas o perjudiciales en la atención.
- Contribuir a un análisis reflexivo sobre los comportamientos de la comunidad como proceso de ejercer sus derechos; como del equipo de salud en el cambio de su formación de poder hegemónico en los hospitales públicos, materno infantil.

La identificación de componentes objetivos y subjetivos que operan tanto en las pacientes, en sus familias, como en el equipo de salud, fue considerada clave para conocer las posibilidades de implementación del modelo de maternidad centrado en la familia, y en este sentido, se formularon las siguientes hipótesis:

- La identidad de género, la edad y el nivel educativo determinan conocimientos, actitudes y prácticas sociales de los sujetos en lo referente a la salud sexual y reproductiva, incluyendo en ella claro esta, el embarazo y el parto.
- La formación curricular del recurso humano en salud no se adapta para esta modalidad de atención.
- La oferta desde los servicios sanitarios y las prácticas profesionales vigentes está orientada al género femenino, por ende excluye al varón.
- No hay una concientización de la población en la puesta en práctica de este modelo de atención.

Para corroborar estas premisas, se trabajó con diferentes metodologías y técnicas, como encuestas, entrevistas, grupo focales, y se realizó un análisis tipo FODA que permitió dimensionar la problemática.

2. Planteamiento del problema

A fines del siglo XIX, comienzos del XX, empieza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto, que hasta ese momento se realizaba en las casas y en general a cargo de mujeres. El motivo fue disminuir las muertes maternas y neonatales y esto ha contribuido de manera importante a la disminución de riesgos para la salud y a elevar el nivel de vida de nuestras familias, no obstante, también ha hecho que procesos tan naturales como la maternidad se asuman como vivencias mucho más complejas.

La propuesta de humanización del parto, concibe al nacimiento como una experiencia natural, que involucra a ambos miembros de la pareja y destaca la importancia de propiciar un ambiente relajante y familiar que favorezca la intimidad y libre desenvolvimiento del proceso, devolviendo la autonomía y protagonismo a los padres. Esto lleva a la necesidad de cuestionar y replantear el papel que cumple el equipo de salud en la determinación de la vivencia de la maternidad. En nuestro país, este modelo comienza a incorporarse en la Mater-

nidad Ramón Sarda de Buenos Aires, a través de su Jefe de Neonatología Miguel Laguna, quien establece en su artículo de “Maternidades Centradas en la Familia” los pasos necesarios a establecer en Maternidades de estas características.

Por Resolución 348/2003, el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, promueve la idea que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo, en instituciones Centradas en la Familia.

Dado el arraigo del modelo medicalizado de atención al parto, tanto en pacientes como en profesionales de la salud, la defensa de los valores humanizadores no es fácil y, mantenerlos, es realmente un desafío. Un cambio en el modelo implica que todas las partes involucradas deben entender bien el alcance de estos valores.

3. Marco conceptual

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, reunida en Brasil en noviembre de 2000, se definió con precisión el concepto de humanización y sus alcances.

La humanización constituye un medio para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida. Ella se aplica a cualquier aspecto del desempeño humano, como: parto y nacimiento, enfermos en etapa terminal, personas mayores, impedidos, salud y enfermedad, educación, ambiente, economía, política, cultura, y pobreza. El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. La Declaración de Ceará nacida en la citada conferencia, enuncia que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras y propone a la humanización como concepto central para el desarrollo de las sociedades sustentables del siglo XXI.

Históricamente, el modelo médico tuvo un cambio paradigmático en la segunda mitad del siglo XIX, marcando una mirada desde lo colectivo y la comunidad hacia el cuerpo individual. Esto llevó implícito considerar al cuerpo como receptáculo de Enfermedad, perdiendo la visión de su integralidad y de su entorno. A la vez, esta idea fue y es transmitida en nuestros días en la formación del recurso humano de salud mediante prácticas y representaciones simbólicas de contundente dureza y, aparentemente, difíciles de modificar. La formación tecnocrática atrapa al médico entre protocolos, normativas y fascinación tecnológica, en un modelo cada vez más orientado a la eficacia técnica y económica.

Si nos focalizamos en la atención de las embarazadas, como dice la antropóloga especialista en el tema reproducción, Robbie Davis Floyd, estos procedimientos trabajan acumulativamente, como rituales para convencer a la parturienta, tanto de la defectuosidad de su

cuerpo-máquina, como de la superioridad de las tecnologías usadas para corregir sus deficiencias y mejorar su funcionamiento. ¿Cómo cambiarlo? ¿Cómo descriptar estas lógicas múltiples, transmitidas, respetadas y admiradas?

El sistema médico occidental, globalizado junto con la cultura moderna, ha recibido diversas denominaciones de parte de los antropólogos médicos, tales como “medicina alopática”, “medicina moderna”, y “medicina científica”. Tal vez, el concepto que la describe con mayor precisión es el de “biomedicina”, puesto que alude al particular énfasis que pone esta medicina en la observación de la salud humana, centrando el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad en los aspectos fisiológicos y anatomofisiológicos del cuerpo humano. El reduccionismo de la salud y la enfermedad a los aspectos corporales de la experiencia humana es coherente con la moderna separación entre cuerpo y alma, siendo sólo el primero ámbito de acción e intervención para las ciencias médicas racionales. Este acercamiento reduccionista del bienestar y la salud a su expresión corporal y fisiológica se manifiesta también en la fuerte tendencia a la medicalización de una serie de procesos humanos altamente complejos, tales como el embarazo y parto, la obesidad, el stress, sexualidad o las adicciones, experiencias que son marcadas de terminologías patológicas y tratamientos centrados en la corporalidad de estos procesos. Un equipo de salud que recibe y se forma con estos principios debe al mismo tiempo interactuar con una comunidad caracterizada por la desigualdad y la exclusión de amplios sectores.

Un modelo de salud centrado en la comunidad constituye una condición clave para posicionar a la salud como un parámetro fundamental de equidad.

4. Metodología

Se trata de un estudio descriptivo, analítico, transversal con componente cuali-cuantitativo, de la modalidad de atención, en el período

1° de enero al 30 de junio de 2006. Para ello se utilizaron diferentes herramientas:

- Recabación y análisis cuantitativo de resultados perinatales desde el Sistema Informático Perinatal (SIP) en este período.
- Análisis cualitativo y cuantitativo de encuestas autoadministradas, anónimas; una dirigida a miembros del equipo de salud (74) entendiendo por ello a el personal que trabaja dentro del Servicio Perinatal, otra a la mujer embarazada que concurre al Servicio (125), y la tercera al acompañante que estuvo presenciando o no el trabajo de parto (69).
- Grupos focales (2) al equipo de salud y a miembros de la comunidad.
- Entrevistas (5) a los Jefes de Servicio, informantes claves: se realizó a tres profesionales del Sistema Provincial de Salud, de la Sociedad Científica de Ginecología y Obstetricia y de la Cámara de Salud de la Legislatura, quienes determinan líneas políticas de acción.
- Análisis FODA.

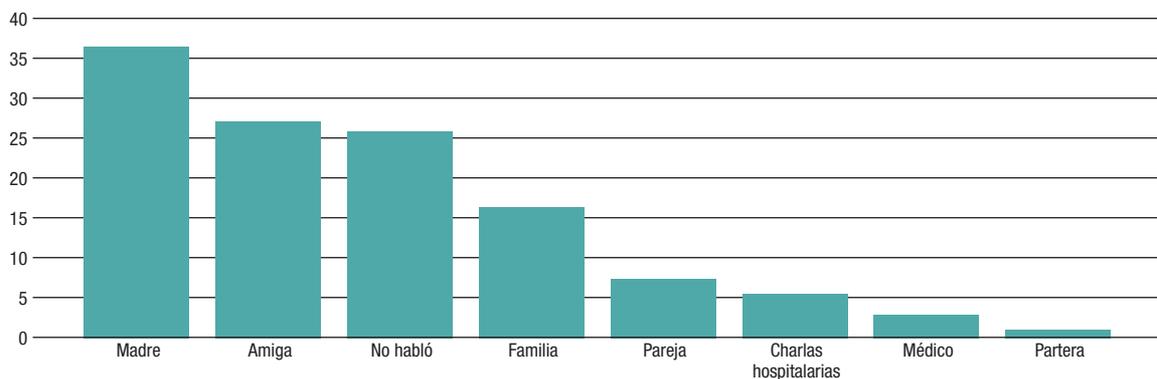
5. Inferencias posibles de la experiencia del trabajo de campo en el servicio perinatal del hospital de clínicas Nicolás Avellaneda de Tucumán

5.1 Género

La identidad de género, la edad y el nivel educativo determinan conocimientos, actitudes y prácticas sociales de los sujetos en lo referente a la salud sexual y reproductiva, incluyendo en ella claro esta, el embarazo y el parto. Al medir la encuesta realizada a las embarazadas que se asisten en el Servicio Perinatal, de un total de 124 encuestas en mujeres de 15 a 45 años se desprende que existe diálogo sobre el parto, sobre todo en las jóvenes, y que a mayor nivel educacional la comunicación sobre el tema es mayor, eligiendo como interlocutores a sus pares, a su madre, amigas o vecinas.

Gráfico 1

Mujeres encuestadas según persona con quien habló sobre el parto (n=125)



Fuente: elaboración propia en base a encuesta a embarazadas.

La importancia de la relación de género también puede observarse cuando se estudian las relaciones de preferencia de acompañantes a la sala de parto.

Es significativo, que si bien el 89% de las embarazadas encuestadas estuvieron en su parto acompañadas, un 33% de los acompañantes fueron mujeres (madre, tía, amiga, vecina) y el 43% de los casos restantes fue su pareja.

Cuando se realiza la pregunta al personal de salud respecto a si prefiere que la embarazada este acompañada, de aquellos que aceptan esta modalidad, un 28% refiere que es mejor si es mujer. Parecería que la persona que ingresa a las salas de parto está condicionada por la sugerencia del recurso humano en salud. Es decir, que más allá de la disposición positiva a participar registrada en los varones, la última palabra que efectiviza la inclusión sigue estando en poder del equipo, el médico y su asistente. Esto muestra la asimetría que todavía permanece al interior del modelo médico, y que a su vez se ratifica en la continua necesidad de negociación de espacios que llevan adelante los varones en las instituciones públicas de salud.

5.2 El equipo de salud

La formación curricular del recurso humano en salud no se adapta, en numerosas ocasiones, para esta modalidad de parto humanizado. A pesar que un 90% de los profesionales dicen conocer el término "Parto Respetuoso", al indagar sobre el mismo, el 55% desconoce la ley 25.929 de acompañamiento y sus alcances benéficos. Se desprende entonces que, al trabajar en un Servicio que respeta esta filosofía existe una aceptación, sin llegar a interiorizarse en el mismo. Las respuestas recabadas fueron diferentes según la edad de los profesionales: a mayor edad aumenta el porcentaje de los que opinan que no es posible su implementación.

Si bien la mayoría de los profesionales interrogados (el 86%) consi-

deró que pueden implementarse las maternidades centradas en la familia, parecería que la expresión está planteada más como deseo que como concreción, puesto que al pedirles que definan cuáles serían los factores que facilitarían su implementación, se cita en orden de importancia prioritaria a la infraestructura, y no a cuestiones relativas al cambio del paradigma de formación médica tradicional.

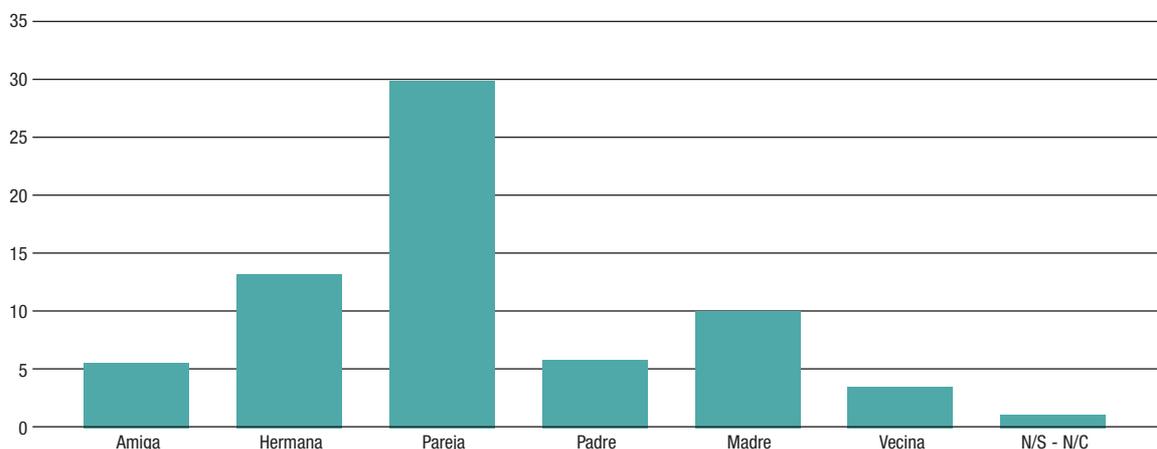
Al interrogarse si se requiere un cambio generacional para esta modalidad de atención, las respuestas son indefinidas y aparecen argumentos que refieren a condicionantes que no tienen que ver con la factibilidad de la aplicación, como por ejemplo: mejor pago de honorarios, contextos macrosociales adversos (pobreza, desempleo) y tipo de personalidad de la embarazada o de su pareja. No se observan en las respuestas la vinculación entre un cambio de modelo de atención al parto y el fortalecimiento potencial del respeto a la mujer, la equidad y la evidencia científica que lo sustenta.

En el gráfico 3 se muestran los resultados de preguntarle al equipo de salud si el parto constituía un acto médico o no.

Aquí, se ve más claro como cada especialidad va marcando su formación. Existe disparidad en la respuestas, revelando mayor dificultad para comprenderlo como hecho natural de la vida al anestesista y neonatólogos, en la cuál podría inferirse que son dentro del equipo de salud quienes están más impregnados de la tecnología.

Profundizando en las respuestas, se indagó en cuánto consideraban que era necesaria su intervención. En la encuesta se observa que 6 de cada 10 profesionales consideran su presencia e intervención en el trabajo de parto como necesaria. Parecería que el acontecimiento de parir no se podría llevar a término sin su dirección. La pregunta para abordar este tema fue darle 3 opciones: Una mujer puede realizar su trabajo de parto: a) sola, b) en algunas de sus etapas con la intervención del personal de salud, o c) en todo momento con el personal de salud. En el gráfico 4 se observan sus respuestas.

Gráfico 2
Acompañantes

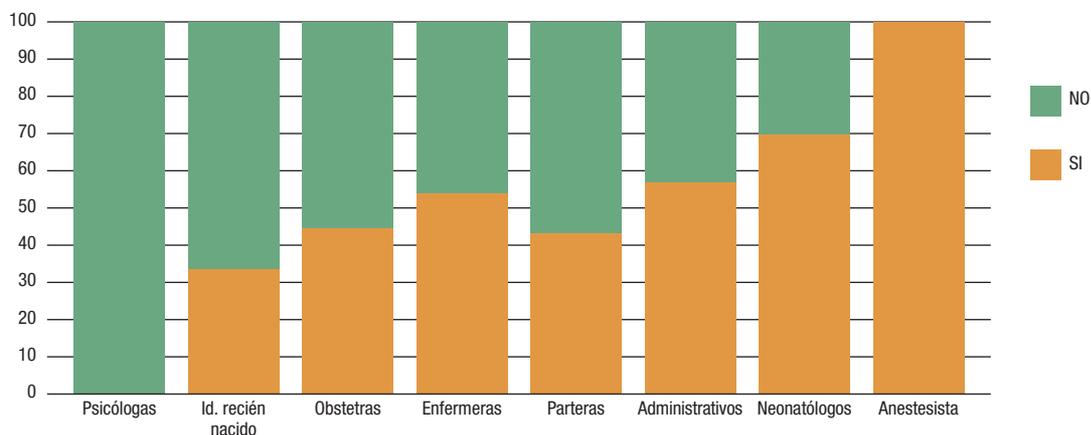


Fuente: elaboración propia en base a encuesta a acompañantes.

Otra de las normativas propiciadas, es que los partos son mejores si un familiar acompaña a las embarazadas. Vemos como a menor edad de los profesionales encuestados la idea va aceptándose, y se

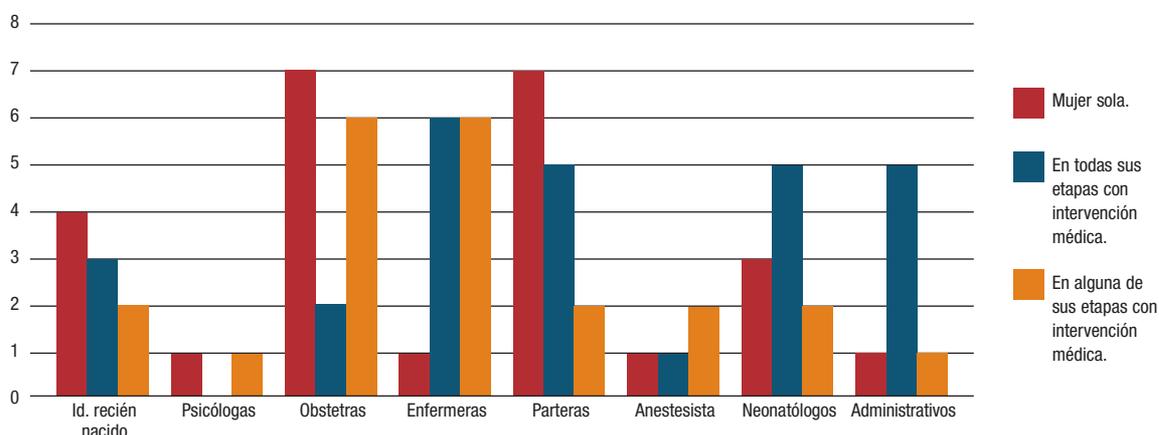
permite el ingreso de algún familiar. Respecto a que profesión es la que mejor acepta este ingreso, siguen apareciendo los neonatólogos, anestesistas y enfermeras como resistentes al cambio.

Gráfico 3
El parto como acto médico según profesión (n=74)



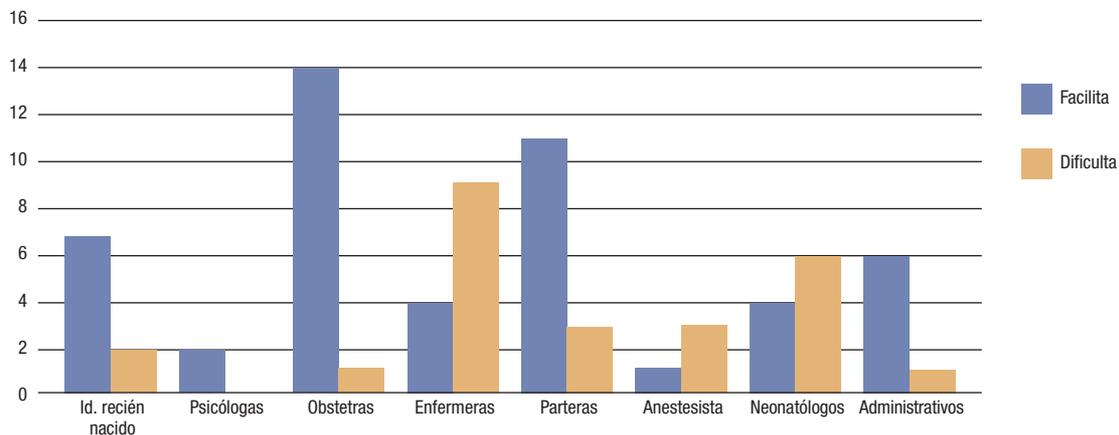
Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud.

Gráfico 4
La mujer puede realizar su parto



Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud.

Gráfico 5
El acompañante en sala de parto



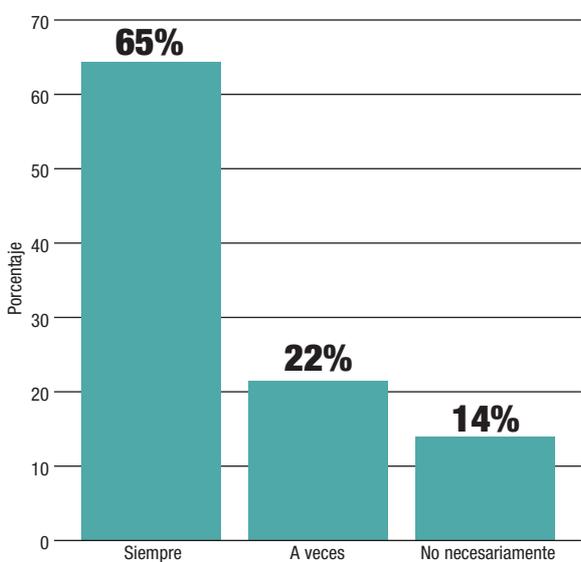
Fuente: elaboración propia en base a encuesta al personal de salud.

De los datos obtenidos por el fueronSIP (registro enero-junio 2006) sobre un total de 1.446 partos, 69% fueron de partos acompañados y, de ellos el 29.7% es su pareja.

5.3 El acompañamiento en la sala de partos

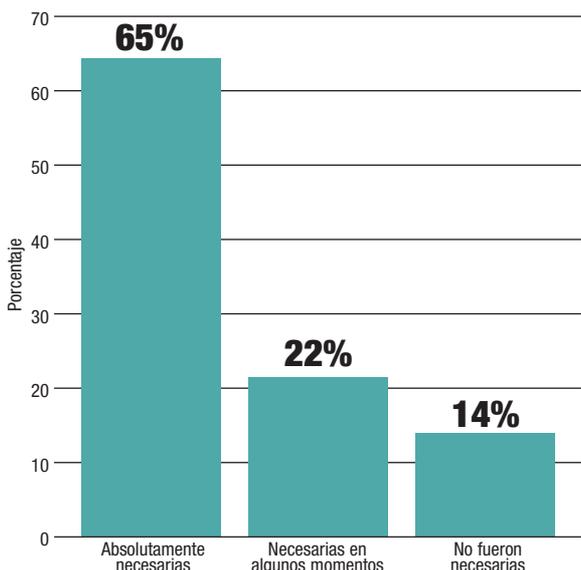
Ante la consulta a los acompañantes respecto de si su ingreso y permanencia en la sala de parto fue bien recibida por el profesional a

Gráfico 6
Mujeres según opinión acerca de la intervención médica del parto (n=125)



Fuente: elaboración propia en base a encuesta a las embarazadas.

Gráfico 7
Mujeres según opinión acerca de las indicaciones recibidas (n=125)



Fuente: elaboración propia en base a encuesta a las embarazadas.

cargo, 6 de cada 10 dijo que al personal de salud les interesó su presencia en la misma. Es notable destacar que sólo 4 de ellos corresponden al sexo masculino. Parecería que habría un mensaje desde el equipo de salud según el cual sería preferible una compañía femenina. Cuando igual cuestionamiento se realiza a los miembros de salud (si el ingreso de un acompañante es conveniente), respondieron aceptando el ingreso del acompañante un 70%: aquellos que opinaban que el acompañante dificulta el trabajo de parto argumentaron las siguientes razones: se impresionan (18%) o que interfieren (12%).

5.4 La opinión de las mujeres

El cambio que implica este modelo de atención conlleva la activa participación de la comunidad. Hablamos del parto como hecho natural de nuestras vidas lo cual implica que “podría” la mujer sin la necesidad de intervención médica, realizarlo sola. Sin embargo, esto no es totalmente aceptado por algunos miembros del equipo de salud y se refuerza también en las respuestas dadas por las mujeres: ante la pregunta de si necesitan atención por parte de un profesional para poder parir sólo el 14% responde que no necesariamente y el 65% considera que las indicaciones recibidas fueron absolutamente necesarias.

Si vemos el nivel cultural y su opinión a si debe existir la participación del medico en el trabajo de parto en algunas de sus etapas o en todas, o podría realizarlo sola, el mayor porcentaje se inclina a la necesidad de la presencia de personal de salud en su atención.

Al ingresar al Servicio Perinatal la política del mismo esta claramente definida desde carteles o mensajes que hablan de: los derechos de la mujer, los derechos del niño, los 10 pasos que se deben cumplir para que una maternidad sea considerada respetuosa, la importancia del compromiso del hombre en la salud reproductiva y los beneficios de la lactancia materna. No obstante, al encuestar a la comunidad, 6 de cada 10 acompañantes dijeron que los habían leído al estar en el Servicio y que recién allí tomaban conocimiento de esto, por lo cual es posible inferir que la difusión de estos principios es nula hacia la comunidad y que sólo con los carteles no es suficiente para concientizar a la población

5.5 El Servicio Perinatal analizado y sus resultados respecto al cumplimiento de las normas de calidad de la atención

Analizando los datos del Servicio, en base a las historias clínicas, se observa el grado de cumplimiento de las normas establecidas como beneficiosas por la evidencia científica. Estos datos muestran:

- 1) Porcentaje de episiotomía: 5% Considerado como optimo.
- 2) Porcentaje de cesárea:19.7% Considerado como superior al nivel de complejidad.

- 3) Porcentaje de cesárea seguida de parto: 52.8% Considerado como bueno.
- 4) Porcentaje de partos verticales: se observa un buen número de partos en posición vertical ya sea en cuclillas como sentada de 61.1%.
- 5) La tasas de uso de ocitocina buena de: 41.5%.
- 6) Mortalidad Perinatal Óptima: 1.4‰.
- 7) Mortalidad Neonatal Precoz: 1‰ es óptima.
- 8) Mortalidad materna: 0.
- 9) La consejería de Salud reproductiva va mostrando una mayor producción: 71.79%.
- 10) Es importante el número de partos con acompañamiento de un familiar: 65.9%.

El proceso de transformación del Modelo de atención se ve reflejado en sus datos estadísticos en donde existe un importante grado de cumplimiento a normas de medicina basada en evidencia (MBE).

5.6. Análisis FODA

Siguiendo con la propuesta de ver qué factores están facilitando y cuáles obstaculizando la implementación de las Maternidades Centradas en la Familia se realizó, a partir de lo observado, un análisis del tipo matriz FODA, cuyos resultados principales son:

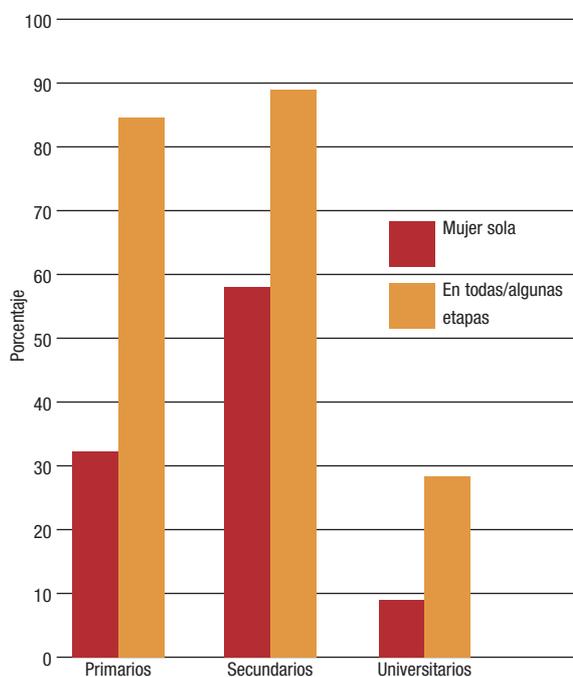
FORTALEZAS

- Existe una comunidad, asistida en el Departamento Perinatal de la institución estudiada, que podría ser incluida en los mecanismos de participación y movilización comunitaria que plantean los modelos de sistemas de salud que promueve esta reforma.
- Existe, y se promueve en la práctica diaria, el trabajo transdisciplinario e intersectorial.
- El diseño del Departamento Perinatal desde su infraestructura, facilita espacialmente la inclusión de la comunidad.
- Hay un registro informático, a través de la Historia Clínica Perinatal, que muestra los resultados del modelo de atención, para su monitoreo y evaluación.

DEBILIDADES

- Falta un afianzamiento en el proceso de aceptación de una responsabilidad compartida entre el equipo de salud y la familia en la toma de decisiones.
- Hay poca capacitación y conocimiento en el personal del Hospital en general, y no sólo en Área Materno Infantil, respecto de los conceptos básicos de una Maternidad Centrada en la Familia.
- No existen indicadores de evaluación de desempeño que fortalecerían el sostenimiento del modelo.
- Se deben generar espacios para compatibilizar y consensuar la necesidad del cambio de paradigma.

Gráfico 8 Mujeres según opinión acerca de la intervención médica del parto según nivel cultural



Fuente: elaboración propia en base a encuesta a las embarazadas.

OPORTUNIDADES

- Existen mandatos legales provenientes de conferencias y compromisos internacionales a nivel de gobiernos y de Documentos de OPS/OMS que validan este modelo de atención y que permitirían abogar por su implementación.
- La Organizaciones de la Sociedad Civil han incorporado la temática de un parto respetuoso y son promotoras de su defensa.
- Recientemente, por Resolución 348/2003 (Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica) se promueve la idea de que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo en instituciones “Centradas en la Familia”.

AMENAZAS

- Si los niveles de conducción de la salud de la madre y el niño no tienen una propuesta estratégica para el desarrollo de este modelo de atención, se podría obstruir lo avanzado hasta la actualidad.
- La falta de institucionalización académica de esta perspectiva dificulta la formación de nuevos recursos humanos en salud y su legitimación dentro del sistema de salud.
- No hay evaluadores externos con una estrategia para el seguimiento de los procesos de cambio del modelo de atención, en

donde se monitoree el desarrollo organizacional y los resultados.

- Si no se realiza una inversión constante en la difusión y concientización de la comunidad en las áreas de promoción, prevención y fortalecimiento de salud de madres y niños, no se avanzará a legitimar el tema, a valorarlo y detallarlo como una agenda viable.
- Si el equipo de salud no tiene una comprensión holística de la salud con valoración de la riqueza de conocimientos interdisciplinarios, difícilmente cambie la manera sanitaria de atención.
- No hay una dimensión de los procesos sociales sobre los que impacta el cambio conceptual de integralidad que contiene la propuesta de esta modalidad de atención.
- La pobreza y la baja escolaridad, somete a la comunidad a no reclamar sus derechos cuando requiere la atención de su salud.
- Si los sistemas de salud y la población, mantienen una conducta de exclusión del varón, marcando el evento de la maternidad como un acontecimiento materno infantil, será difícil incorporarlo en esta característica de maternidad.

6. Conclusiones

El desarrollo de nuevos modelos de atención al parto y a la salud materno infantil requiere la conjunción de varios componentes: la educación formal universitaria, el rol de la comunidad, y la inclusión en la agenda pública de este debate.

Esto plantea nuevos desafíos que involucran tanto a la formación académica en salud como a la planificación de los servicios sanitarios. Otro desafío lo constituye la incorporación de los aportes de las ciencias sociales a la cuestión sanitaria, que permitirían el redimensionamiento de los determinantes de los problemas de salud pública y el conocimiento de factores socioculturales que influyen a la población.

Estos aportes cobran relevancia cuando se intenta poner en la práctica un cambio de modelo de atención, que va más allá de la respuesta individual para comprometer lo organizacional, lo institucional, incluyendo obligadamente a quienes coordinan o dirigen la misma. La capacitación continua de los equipos de salud, con el fin de promover la utilización de prácticas basadas en evidencia con la correcta aplicación de la tecnología, no solo es un deber del personal de salud, sino que constituye el ejercicio pleno de un derecho de la población.

Otro componente fundamental en los diseños de nuevos modelos de atención es la comunidad, que deberá ir tomando participación, consciente de su corresponsabilidad en las decisiones que involucran su salud.

El tipo de maternidades centradas en la familia, como la presentada en esta tesis, no han surgido por que sí. En estos momentos existen condicionantes que hicieron que se planteara en la agenda pública el tema de la salud con equidad, con justicia y con ética.

Bibliografía

- LEBOYER, Frederick. Por un nacimiento sin violencia. México: Editorial Daimón, 1977.
- Michel Odent. Cientificación del amor. Argentina. Edición en español. 1999. Editorial Creavida.
- OMS. El nacimiento no es una enfermedad. Declaración de Fortaleza, Brasil. 1985. Lancet 1985 ,8452-II,456-7.
- Revista Sarda N 4. Maternidades Centradas en la familia. Miguel Largaia. Buenos Aires. 1998.
- Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Resolución Ministerial N:647 del 5 de diciembre de 2003.
- La Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto se celebró del 2 al 4 de noviembre de 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Davis Floyd. Del Médico al Sanador, página 15. Editorial Creavida. Buenos Aires. Mayo de 2004.
- Federico Tobar. Definiendo la misión del hospital. Tecnología & Salud. Año 1 - Número 2. Páginas 8 y 9.
- Hodnett ED. Apoyo a las parturientas brindado por asistentes (Revisión Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
- CIMS. Coalición para mejores nacimientos. Maternidad Segura.