

EVOLUCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (2003-2013)

Pablo De Grande^a

RESUMEN:

OBJETIVOS: La atención de partos en domicilio ha sido evaluada en experiencias internacionales recientes como una modalidad alternativa a la vía institucional de atención de los nacimientos. En este artículo se propone evaluar en términos cuantitativos la evolución del nivel de ocurrencia de esta práctica en la Ciudad de Buenos Aires, en el período 2003-2013.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un análisis estadístico a partir de los microdatos de la Base de datos de Nacimientos provista por la Dirección General de Estadísticas de la Ciudad de Buenos Aires. Se introducen como variables de segmentación la edad y el nivel educativo de las madres al momento del parto.

RESULTADOS: La incidencia de esta práctica se mantuvo en el período sin variaciones significativas, con una media cercana a los 4 casos por cada mil nacimientos. Entre las madres con estudios universitarios completos o incompletos los partos domiciliarios aumentaron un 180% en términos relativos, pasando de 2,4 por cada mil a 6,8 por cada mil ($p < 0,001$). En el grupo de madres con bajo nivel educativo la cantidad de partos en domicilio descendió a menos de la mitad, pasando de 5,2 por mil a 2,1 por mil ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES: La información analizada permite reconocer dos tendencias diferenciadas en la evolución de partos domiciliarios. El aumento sostenido de esta práctica entre sectores medios profesionales sugiere la existencia de necesidades insatisfechas por los sistemas de salud en la atención de nacimientos en la Ciudad de Buenos Aires.

PALABRAS CLAVE: parto domiciliario, estadísticas, edad, nivel educativo.

^a Doctor en Ciencias Sociales y Humanidades por la Universidad de Quilmes. Licenciado en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Investigador y profesor en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad del Salvador. Colaborador del Centro de Estudios Desigualdades, Sujetos e Instituciones (CEDESI) de la Universidad de San Martín. Correspondencia a : Pablodg@gmail.com

ABSTRACT

OBJECTIVES: The attention of home births has been evaluated in recent international experiences as an alternative to institutional care of births. This article evaluates changes in the levels of occurrence of this practice in the City of Buenos Aires, between 2003 and 2013.

MATERIAL AND METHODS: A statistical analysis from micro-data from the Database of Births provided by the Dirección de General de Estadísticas of the city of Buenos Aires was performed. Age and the educational level of mothers at the time of delivery were introduced as segmentation variables.

RESULTS: The incidence of this practice remained stable during this period, with an average close to 4 cases per thousand live births. Among mothers with university studies complete or incomplete, home births increased by 180% in relative terms, from 2.4 to 6.8 per thousand ($p = 0, 000$). In the group of mothers with low educational level, the number of births at home declined to less than half, from 5.2 per thousand to 2.1 per thousand ($p = 0, 000$).

CONCLUSIONS: The information analyzed exhibits two trends in the evolution of home births. The sustained increase of this practice among professional middle class group suggests the existence of needs unmet by health systems in the attention of births in the city of Buenos Aires.

KEYWORDS: home birth, statistics, age, educational status.

INTRODUCCIÓN

En la primera mitad del siglo XX, la atención de los nacimientos y los cuidados en el embarazo experimentaron grandes transformaciones, siendo la institucionalización de los partos uno de los cambios de mayor impacto en dicho contexto¹. Este proceso representó especialmente un cambio para los sectores medios urbanos, quienes mantenían una relación con la atención médica más centrada en la visita domiciliaria del médico, percibiendo a los hospitales y a la salud pública como ámbitos destinados a los sectores populares a los contextos de menores recursos².

Progresivamente, las crecientes necesidades de equipamiento en las técnicas de diagnóstico, intervención y tratamiento y la noción de asepsia como factor clave del éxito en la atención médica, configuraron, incluso para los sectores medios, la transición que recondujo la atención de los partos desde los hogares hacia los hospitales y demás centros de salud.¹

No obstante el éxito que esta transición ha tenido en los sectores urbanos de la Argentina, en las décadas precedentes el parir fuera de las instituciones del sistema de salud (el parto domiciliario) ha buscado comenzar a legitimarse nuevamente como una alternativa posible de atención para la madre y el bebé. Esta resignificación se articula con una nueva definición de parto domiciliario a nivel mundial como práctica ambulatoria controlada, a la vez que coincide con otros movimientos de que han cuestionado la institucionalización como modo de resolución de necesidades, en campos tan amplios como la salud mental, el sistema carcelario o los espacios educativos formales³⁻⁶. En el caso de la institucionalización de los partos, la crítica postuló que los partos en domicilios podían hacer uso de los avances técnicos para la detección de riesgos en la gestación y desarrollo del embarazo, reduciéndose los riesgos de intervenciones innecesarias observadas en clínicas u hospitales.

En este artículo se analizan los niveles de difusión de la práctica de partos domiciliarios en la Ciudad de Buenos Aires en el período 2003-2013. El análisis se apoya en información de nacimientos tomada por la Dirección General de Estadísticas de la Ciudad de Buenos Aires (DGEyC) al momento de la registración de los niños para la tramitación de su documento de identidad, momento en el cual los padres deben completar una ficha censal con información vinculada al nacimiento.

El análisis examina los 4.333 nacimientos registrados en domicilios por la DGEyC del total de 477.637 niños documentados en el período. Se consideran las condiciones de ocurrencia (lugar y tipo de atención), y los perfiles socio-demográficos de las madres

alcanzadas por esta práctica. En este sentido, se espera poder advertir un comportamiento específico por nivel socioeconómico de las familias, ubicando en coyunturas cualitativamente diferenciadas a los partos realizados en domicilio como consecuencia de una falta de acceso al sistema de salud (ligados a elevados niveles de pobreza y vulnerabilidad social), de aquellos partos planificados en casas como estrategia personal o familiar voluntaria (ligados a sectores medios con afinidad a los movimientos de desinstitucionalización antes mencionados).

En la primera sección se reseñan brevemente trabajos que enmarcan la emergencia de las prácticas de parto domiciliario a nivel mundial y local. Luego, se presenta el origen de la información y la metodología utilizada para su contrastación y análisis. En tercer lugar, se exponen los resultados obtenidos. Finalmente, en la sección de conclusiones, se resumen los hallazgos producidos en las dimensiones puestas en indagación.

ANTECEDENTES

La medicalización del parto y la institucionalización de los nacimientos comenzaron a ser cuestionadas en las últimas décadas del siglo pasado: ¿cuál debe ser el rol de la madre en el parto? ¿Qué tipo de vínculo puede esperarse con el bebé? ¿Qué relación existe contemporáneamente entre la institucionalización e incidencia de la práctica de cesáreas? Estos interrogantes dieron lugar en diferentes países –y con intervención de diferentes actores– al retorno de la práctica del parto domiciliario, en un modelo de riesgo controlado bajo el control de la medicina ambulatoria de los sistemas de salud convencionales. Las investigaciones que dan cuenta de estas experiencias tienen por objetivo principal el evaluar si los riesgos para la madre y el bebé resultaron iguales, mayores o menores que en la atención en instituciones.

De esta forma, Ackermann-Liebrich y colaboradores relatan en su trabajo del año 1996 cómo en un estudio de seguimiento sobre 874 mujeres en Suiza, agrupadas entre quienes planificaron sus partos en sus casas y quienes lo planificaron en hospital, el grupo de mujeres con partos planificados en sus casas requirieron menos medicación y menos intervenciones, sin que hubiera diferencias significativas en el peso de los bebés, la edad gestacional o la condición clínica, registrando un caso de muerte perinatal en cada uno de ambas modalidades. El nivel de cesáreas en dicho grupo para los partos planificados en casa fue de 5,2%.⁷

En sentido similar, Jonhson y Davis, por su parte, presentan resultados sobre 5 mil mujeres en Estados Unidos, asistidas por obstétricas profesionales en sus domicilios,

reportando un menor número de intervenciones (uso de epidural, episiotomía, fórceps), con niveles de mortandad compatibles con aquellos de partos de bajo riesgo en hospitales y un nivel de cesáreas del 3,7%.⁸

En un trabajo de mayor magnitud, De-Jonge y colaboradores, a partir de información estadística sobre 529 mil mujeres en Holanda, reporta por su parte no encontrar diferencias significativas entre las tasas de mortandad de madres o bebés en el parto, o en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento, entre casos planificados en casa y casos planificados en hospital. Este trabajo es confirmatorio de las observaciones de los estudios anteriores, con un número superior de casos, y concluye que bajo un adecuado acompañamiento profesional, el parto domiciliario no supone riesgos adicionales respecto al parto en hospital.⁹

Finalmente, Jansen informa los resultados en una muestra de 12,982 mujeres en Canadá, las cuales 2,899 habían seleccionado el domicilio como lugar de parto. En consonancia con los demás estudios, Jansen y equipo verifican bajos niveles (similares a los de prácticas en hospital) de riesgos en el parto, con un nivel de 78,8% de realización de los partos en domicilio en relación al total de partos planificados en dicha modalidad. El nivel observado de cesárea aquí también fue inferior al observado en hospitales, llegando al 7,2% de los casos (13,0% en nuliparidad; 3,0% en multiparidad).¹⁰

El presente relevamiento no encontró estudios que dieran cuenta, a la inversa, de un empeoramiento en los resultados para la madre o el bebé por causa de la atención domiciliaria. Esto sin embargo debe ser tomado con cautela, dado que el éxito de estos casos pudo deberse a una multiplicidad de factores, los cuales no siempre pueden resultar sencillos de replicar en diferentes escenarios.

Los artículos que se refieren a la práctica del parto en América Latina, e incluso en España, se apoyan en investigaciones de menor cobertura cuantitativa, o de corte cualitativo, puesto el énfasis en las experiencias vivenciales, no habiéndose localizado textos que permitan dar cuenta del alcance de esta práctica en la región.¹¹⁻¹³

En la Argentina, la práctica del parto domiciliario no ha sido recuperada por los sistemas formales de salud (hospitales, obras sociales, empresas de medicina prepaga). Por su parte, tampoco el Estado ha regulado en formas específicas esta práctica, y la misma no es mencionada en la regulación sobre 'parto humanizado' o parto respetado del año 2004 recientemente reglamentada, la cual pone fue formulada con la denominada 'violencia obstétrica' como principal preocupación.^{14, 15}

En dicho marco, en el país el parto domiciliario se practica tanto en la modalidad no-institucionalizada tradicional (en zonas o espacios sociales donde la salud pública no es accesible, con parteras o sin ellas), así como también por medio de equipos médicos que ofrecen servicios de atención domiciliaria de los partos en forma privada, articulados en mayor o menor medida con los sistemas de atención institucional (maternidades, hospitales, clínicas).

MATERIAL Y MÉTODOS

Las bases de datos utilizadas para el análisis en este artículo son los microdatos de la base de datos de nacimientos, correspondiente al registro de estadísticas vitales de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEyC) de la Ciudad de Buenos Aires. Esta información es de dominio público, y se encuentran disponibles bajo solicitud ante la DGEyC. Los datos corresponden a la totalidad de niños registrados en la Ciudad de Buenos Aires, es decir, que no hay un criterio de muestreo parcial respecto de la población objetivo.

El procesamiento fue realizado utilizando el paquete estadísticos SPSS, y las estimaciones de confianza en las diferencias de medias fueron realizadas utilizando el test T con un nivel de confianza del 95%.

En el análisis, el nivel de instrucción de la madre fue seleccionado como indicador para dar cuenta en modo indirecto del nivel socioeducativo del hogar de origen. Numerosas investigaciones han mostrado la alta correlación entre el capital educativo de los hogares y sus recursos económicos y capacidades de afrontamiento funcional.

La diferencias entre categorías de comparación fue realizada utilizando pruebas T, indicando a continuación de las observaciones del análisis los niveles de significatividad de los tests (ej. $p=0,001$), considerándose no significativos los valores mayores a 0,010.

La muestra relevada por el formulario de inscripción de nacimientos incluye para el período 2003-2013 un total de 477.637 nacimientos. De ellos fueron quitados para el análisis los casos correspondientes a madres no residentes en la Ciudad de Buenos Aires, así como aquellos casos en que la edad de la madre, su nivel de instrucción o el lugar de ocurrencia del parto no hubieran sido registrados. Como resultado se obtuvo una base de datos de 471.811 nacimientos. Sobre los casos descartados se realizó un análisis exploratorio, sin hallarse patrones en su composición u origen que parezcan afectar a los resultados generales de este estudio.

RESULTADOS

En primer lugar se presentarán las condiciones entorno a la atención del parto, desarrollándose luego los perfiles socio-demográficos de las madres que llevaron adelante el parto para caracterizar los factores vinculados a la incidencia de esta práctica.

ANÁLISIS DEL LUGAR DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

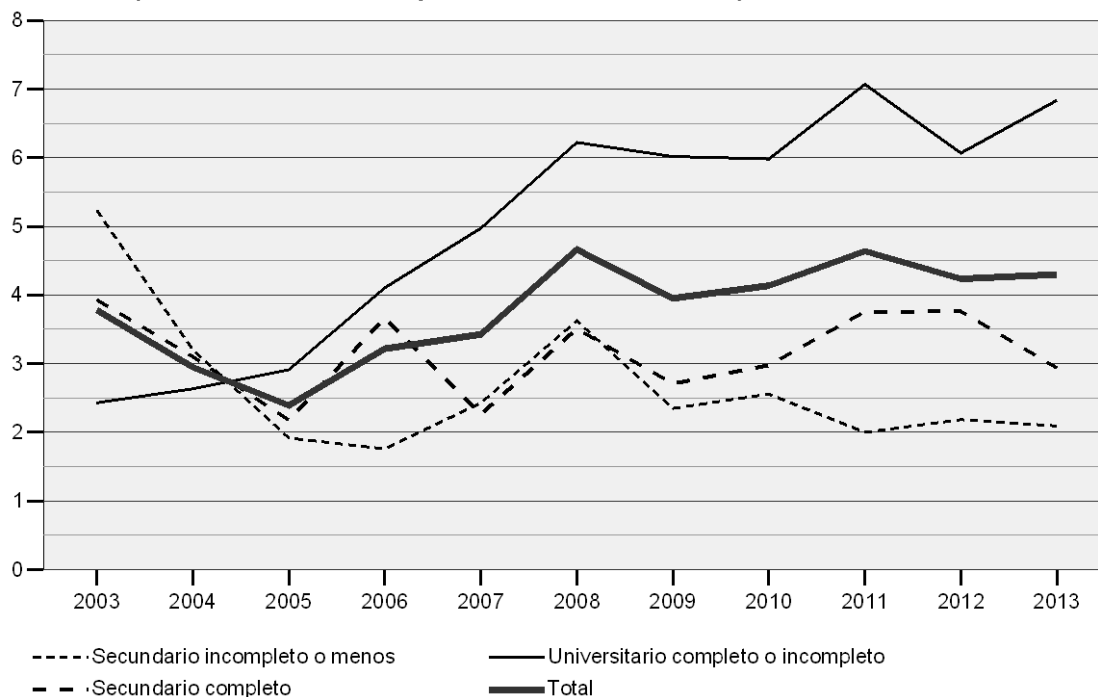
En la Ciudad de Buenos Aires se registraron en el período analizado (2003-2013) bajo las condiciones indicadas 471.811 nacimientos, de los cuales un 1.790 (3,8 por mil) tuvieron lugar en viviendas particulares.

La evolución del total de partos domiciliarios da cuenta de una situación relativamente estable, habiendo 3,8 partos domiciliarios por cada mil nacimientos en la Ciudad de Buenos Aires al inicio del período y 4,32 partos de igual tipo al final del período, sin ser esta diferencia significativa estadísticamente ($p=0,241$) (Gráfico 1).

Sin embargo, al observar la evolución en igual período según capital educativo de las madres, se advierten dos tendencias diferenciadas entre las madres de mayor y menor nivel educativo.

Entre las madres con estudios universitarios completos o incompletos, los partos domiciliarios aumentan un 180% en términos relativos, pasando de 2,4 por cada mil a 6,8 por cada mil ($p<0,001$), registrándose 119 nacimientos en 2013 y un total de 984 en todo el período.

Gráfico 1. Evolución de la incidencia de partos domiciliarios. General y perfiles por nivel educativo (en cantidad de casos por cada mil nacimientos)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Nacimientos (2003-2013). Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda de GCBA)

Inversamente, en el grupo de madres con bajo nivel educativo (primario completo o menos) se observa una disminución a menos de la mitad en la cantidad relativa de partos, yendo de 5,2 por mil a 2,1 por mil ($p < 0,001$), registrándose 26 nacimientos de estas características en 2013, y 398 en todo el período.

EDAD Y TIPO DE ATENCIÓN

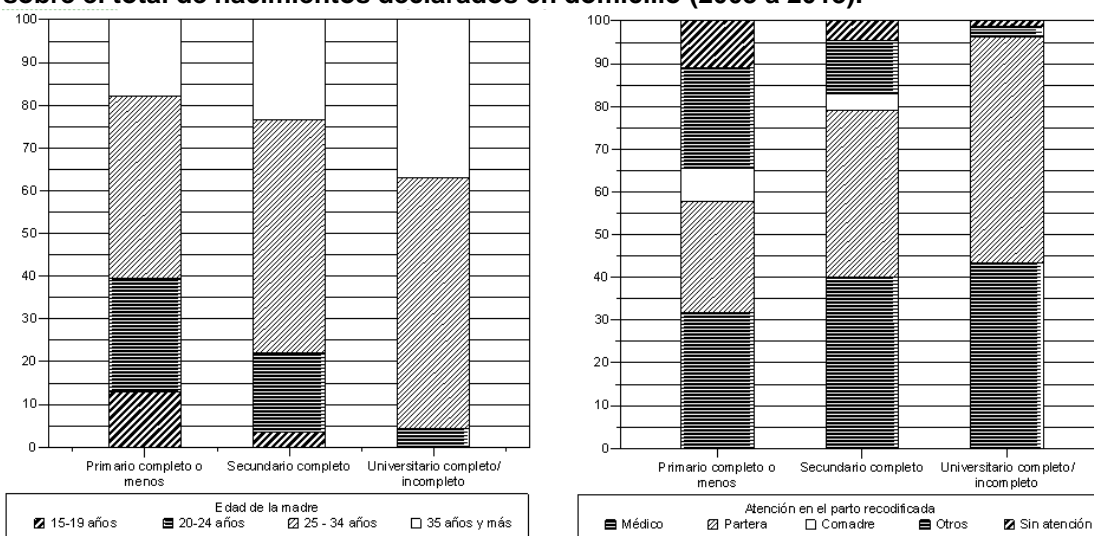
En segundo lugar, cabe preguntarse –con la intención de reconocer los perfiles involucrados en los dos grupos anteriormente mencionados– si los partos ocurridos en forma domiciliar involucraron a franjas etarias específicas y si estuvieron vinculados a estándares de atención diferenciados.

Para ello se presenta la distribución de edad y tipo de atención en el parto de los nacimientos registrados en el período 2003-2013 con cada uno de los niveles de instrucción analizados (Gráfico 2).

En el caso de la edad, existe una asociación necesaria con el nivel de instrucción, en la medida en que los niveles secundario y universitario se transitan y completan con posterioridad a las primeras franjas etarias de las madres. De este modo, la franja de 15 a 19 años sólo en forma minoritaria puede participar del grupo de madres con estudios universitarios dado que el nivel secundario se completa en forma normal a los

18 años. Sin embargo, es llamativa la poca participación de las mujeres de entre 20 y 24 años en los nacimientos del grupo de madres con estudios universitarios complejos o incompletos, dentro del cual más del 95% de los casos se distribuye entre las categorías 25-34 años y 35 años y más. Inversamente, para el grupo de menor instrucción se observa el dato conocido de la maternidad más temprana entre los sectores de menor nivel socioeconómico, concentrándose el 40% de los casos en personas de menos de 25 años.

Gráfico 2. Edad de la madre y tipo de atención en el parto según nivel de instrucción sobre el total de nacimientos declarados en domicilio (2003 a 2013).



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Nacimientos (2003-2013). Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda de GCBA)

Respecto del lugar de atención, en el grupo de madres con estudios universitarios completos o incompletos la presencia de un médico o una partera totalizan un 96,27% de los casos. Este indicador es consistente con la identificación de este grupo con la práctica de partos planificados en el domicilio. Por el contrario, en el grupo de menor nivel de instrucción –cuyo nivel de partos domiciliarios mostró un descenso a lo largo de la década– se presenta una mayor proporción de partos asistidos por personal no profesional o no asistido, llegando estos casos al 42,11% de los casos ($p < 0,001$ en comparación al grupo de mayor instrucción)*.

* La categoría 'Partera' utilizada en el cuestionario no permite distinguir si quien tuvo intervención en el parto fue una obstétrica con estudios formales completos, o una persona que trabaje como partera en forma menos formal. Es posible conjeturar que en ambos grupos socioeconómicos las proporciones de uno y otro caso sean diferentes.

Finalmente, un dato a destacar en la evolución de la década lo es la baja de los partos en domicilio reportados 'sin atención', que baja de 12,42% en 2003 a 1,10% en 2013.

DISCUSIÓN

Las prácticas de acompañamiento a madres y niños en el momento del nacimiento han atravesado fuertes transformaciones desde principios del siglo XX hasta la fecha. Como se señaló anteriormente, la primera mitad del siglo XX se caracterizó por una consolidación del protagonismo de la medicina en el cuidado y atención de los partos y los niños recién nacidos, registrándose para la década del 30 un punto de inflexión en el proceso de institucionalización del parto. Mientras que para 1930 sólo el 30% de los partos en la Ciudad de Buenos Aires ocurrían en las maternidades, para 1940 seis de cada diez nacimientos tenían lugar en centros de salud.¹⁶ El aumento en la complejidad de las prácticas médicas –con una diversificación de especialidades médicas y un peso creciente del equipamiento– vino a poner en cuestión el modelo vigente de atención según el cual los sectores de menos recursos accedían a la salud por medio de los hospitales, al tiempo que los sectores mejor posicionados contaban con médicos en sus domicilios.¹

En relación a los partos, el proceso de institucionalización –en el cual la obstetricia ganó un lugar central, de la mano de los principios de la asepsia, los saberes quirúrgicos y el uso de la anestesia– tuvo así un desarrollo sostenido, registrándose para el final del siglo pasado niveles de institucionalización del parto superiores al 99% para la Ciudad de Buenos Aires.²

En dicho contexto, se propuso analizar la evolución de los partos domiciliarios en la Ciudad de Buenos Aires entre los años 2003 y 2013, con vistas a indagar en dos fenómenos. De una parte, en qué medida persisten en la Ciudad situaciones de falta de acceso al sistema de salud que conllevan a la atención de partos en los domicilios con o sin asistencia médica adecuada. De otra parte, qué tanto la realización de partos ‘en casa’ bajo el modelo de riesgos controlados y seguimiento médico aparece como una práctica incipiente en los nacimientos de la Ciudad.

Las fuentes de información utilizadas permitieron abarcar el período indicado, caracterizando los perfiles de los hogares a partir del nivel de instrucción de las madres. El conocimiento respecto a las condiciones del parto en esta fuente son limitadas, en términos por ejemplo de no poderse distinguir entre partos planificados en la casa en relación a partos efectivamente realizados allí, o el nivel de titulación de las personas referidas como ‘parteras’ para el acompañamiento de las mujeres. Sin embargo, varios elementos pudieron identificarse a partir de la información disponible.

En primer lugar, el total de partos realizados en domiciliarios aparece como un fenómeno muy minoritario en términos relativos, alcanzando un 3,8 por mil del total de nacimientos registrados en la Ciudad.

En segundo lugar, si bien dicha tasa se mantuvo estable a lo largo del período analizado, en la composición de dicha población pudieron advertirse tendencias opuestas al examinar los casos según el nivel de instrucción de las madres: mientras que entre las madres con primaria completa o menos la cantidad de partos domiciliarios cada mil nacimientos descendió a menos de la mitad, para las madres con estudios universitarios completos o incompletos se registró un aumento del 180% en su nivel de ocurrencia.

Tentativamente, puede especularse por una parte que en el grupo de madres de menor nivel socioeconómico (captado por medio de su nivel de instrucción), la baja en este tipo de partos pueda estar vinculada a mejoras generales en el acceso a la salud ocurridas en este período. El año 2003 se encuentra entre los primeros posteriores al proceso de recuperación de la crisis de los años 2001-2002, en la que los altos niveles de desempleo y recesión económica produjeron efectos de marcado deterioro de las condiciones de vida en amplios sectores la población.

Por otra parte, en el grupo de madres de mayor nivel socioeconómico (vinculadas a los sectores medios profesionales urbanos), el aumento en la práctica del parto domicilio parece dar cuenta de una afinidad entre las razones y motivaciones expuestas por los nuevos defensores de estas prácticas a nivel mundial y un sector relativamente amplio de la Ciudad. El crecimiento señalado es particularmente significativo si se toma en cuenta los obstáculos materiales y simbólicos que esta práctica supone en tales sectores. En particular, su persistencia y crecimiento entre sectores medios profesionales parece sugerir la necesidad de una reflexión sobre la existencia de requerimientos de cuidado y asistencia en el campo obstétrico que recurrentemente no han logrado ser comprendidos por los sistemas de salud en los que regularmente se apoya la atención médica de los mismos.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, puede destacarse si bien la institucionalización de los nacimientos parece lejos de estar siendo cuestionada de manera radical o generalizada, han podido advertirse tendencias que sugieren la pertinencia de mantener la atención sobre los factores que impulsan el aumento segmentado de esta práctica.

AGRADECIMIENTOS

Cabe expresar mi gratitud con la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el cual ha facilitado su material estadístico en forma expeditiva, amable y certera. Sin su compromiso con el libre acceso a la información la realización de este artículo no hubiera sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lehner MP. Partos en la primera mitad del siglo XX. En: Kornblit AL, Camarotti AC, Wald G, comps. Salud, Sociedad y Derechos. Buenos Aires: Editorial Teseo; 2012. p. 275-94.
2. Belmartino S. Los servicios de atención médica: un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad. En: Torrado S, comp. Población y bienestar en la Argentina del primer centenario. Una historia social del siglo XX, Tomo II. Buenos Aires: Edhasa; 2007. p. 385-412.
3. Kiesler CA. Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist* 1982;37(4):349-60
4. Pratt J. Scandinavian exceptionalism in an era of penal excess. *British Journal of Criminology* 2008;48(2):119-37.
5. Bauman KJ. Home schooling in the United States: Trends and Characteristics. *Education Policy Analysis Archives* 2002;10(26):1-21.
6. De Rivera Hurtado M. Home schooling: La responsabilidad de educar en la familia. *Educación y Futuro* 2009; 20: 273-84.
7. Ackermann-Liebrich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zullig M, Schindler C et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *British Medical Journal* 1996;313:1313-8.
8. Johnson K, Davis BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *British Medical Journal (BMJ)* 2005;330:1416-23.
9. De Jonge A, van der Goes BY, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)* 2009;116:1177-84.

10. Janssen, P.A., Saxell, L, Page L.A., Klein, M.C., Liston, R.M., Lee, S.K. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* 2009;181(6-7):377-383.
11. García Carabantes A. Parir en casa, una realidad. Experiencia 1986-2006. *Medicina naturista* 2006;10:114-9.
12. Tarqui-Mamani C, Barreda-Gallegos A. Elección y Preferencia del Parto Domiciliario en Callao, Perú. *Revista de Salud Pública* 2006;8(3):214-22.
13. Martínez-Molla TM, Solano Ruiz C, Siles González J. Yo acompaño: experiencia del padre en la decisión del parto en casa. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades* 2013;22(1-2):89-92.
14. Ley Nacional de Parto Humanizado (Argentina), Ley 25929; 2004.
15. Lorenzo C. Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho. En: *Actas VII Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, 2013.
16. Nari M. Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires: Biblos; 2004.