



## II JORNADAS de GÉNERO y DIVERSIDAD SEXUAL "AMPLIACIÓN DE DERECHOS: PROYECCIONES Y NUEVOS DESAFÍOS"



Consejería de Género  
y Diversidad Sexual



Facultad de Trabajo Social



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA



COMISIÓN DE  
INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
Ministerio de Producción, Ciencia y Tecnología



Buenos Aires  
Provincia

**Título:** Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales

**Autora:** Belén Castrillo (CIMECS/IdIHCS/FaHCE/UNLP/CONICET, [belen.castrillo@hotmail.com](mailto:belen.castrillo@hotmail.com))

**Palabras claves:** ATENCIÓN MÉDICA – EMBARAZO/PARTO – APORTES CONCEPTUALES

### **Introducción**

La propuesta de trabajo es presentar algunas claves conceptuales que me han permitido enfocar mi objeto de estudio. Trabajé en la (re)construcción de este mapa analítico en el marco de una tesis doctoral que apunta a conocer las experiencias y sentidos asignados por mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud platenses a las intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Particularmente, en este documento retomamos algunas consideraciones del trabajo expuesto en las I Jornadas de Género y Diversidad Sexual de 2014 y presentamos “maduraciones” al respecto.

En este sentido, en este tiempo de profundización del trabajo, hemos aprendido la importancia de ubicar el estudio de la atención médica de embarazos y partos en torno a relaciones de poder médico-pacientes, atravesadas por determinantes de género principalmente, pero también de clase, edad, etnia, culturales, etc. Para su análisis, y en base al recorrido bibliográfico y las primeras aproximaciones al campo, consideramos fructífero el mapa conceptual (re)construido que entendemos como una caja de herramientas para el trabajo sociológico que llevamos adelante y que se asienta en las reflexiones en torno a cuatro ejes: a) la intersección de género y salud en la pregunta de investigación; b) la primacía del enfoque de riesgo; c) la cuestión de la humanización de la atención; y d) la propuesta de un estudio de intervenciones médicas en plural, con miras a romper los reduccionismos en extremos entre violencia obstétrica y parto respetado.

El objetivo principal, en consecuencia, es poner a debate, consideración y cuestionamiento, de quienes lean esta comunicación y participen de las jornadas, estos aportes conceptuales que hoy día guían nuestra investigación, para recibir comentarios, críticas y nuevas iluminaciones del fenómeno.

### **1. El marco analítico: *la intersección de género y salud en la pregunta de investigación***

Uno de los primeros ajustes en nuestra lente conceptual, ha sido ubicar el objeto de estudio en la intersección entre salud y género. Como problemática sociológica de salud, la atención perinatal puede estudiarse a partir de las perspectivas de la Medicina Social Latinoamericana (Menéndez, 2009; Castro, 2011; Laurell, 1982) desde la categoría de “proceso salud-enfermedad-atención”. La implementación del enfoque de género para el estudio de estos procesos, ha sido ampliamente desarrollada<sup>1</sup> y fundamentalmente fructífera para nuestro estudio, en tanto nos permitió dar cabida a un interés fundamental: incluir las perspectivas y experiencias de los varones-padres<sup>2</sup>.

Así, en torno a la salud sexual y reproductiva, por vincularse a uno de los ámbitos esenciales de la reproducción social, se (re)producen y manifiestan relaciones desiguales y jerárquicas entre varones y mujeres (y expectativas comportamentales diferenciales) así como de clase, culturales, económicas y políticas fundacionales para el entramado social. Los distintos estudios sitúan la atención de embarazos y partos en el marco de relaciones de subordinación genéricas, coincidentes con un modelo médico hegemónico patriarcal, que reproduce una asignación social de roles en base a diferencias sexuales. Al analizar este objeto desde una perspectiva de género, se capitaliza su carácter relacional y multidimensional (en tanto que articula aspectos de carácter socio-estructural y socio-simbólico e incluye tanto determinantes macro como microestructurales). Esta perspectiva supone un modo de mirar los procesos y hechos sociales, poniendo el acento en las desigualdades y/o exclusiones resultantes de valores existentes en relación a la condición femenina y/o masculina.

---

<sup>1</sup> Al respecto, y humildemente, cito un trabajo que realicé recorriendo los aportes de este enfoque: Castrillo (2014a).

<sup>2</sup> En dicho trabajo (Castrillo: 2014a), doy cuenta de que en el recorrido bibliográfico para la construcción del estado de la cuestión sobre el tema, los únicos aportes interesantes para el análisis de las experiencias de las paternidades lo dieron Velazquez (2004), Maroto Navarro (2009), Sadler (2007) y De Keijzer (2001), pero dado que apuntaron a otros objetivos, es sobre la carencia de estudios que incorporen la voz de los varones-padres, que se enraiza mi investigación.

Con lo dicho, el análisis de la atención médica de embarazos y partos implica el estudio de un entramado de relaciones de poder que incluye a mujeres-madres, varones-padres y profesionales de salud (incluso a instituciones sanitarias, administrativas, estatales). Estas relaciones asimétricas, de poder y subordinación son características de la práctica médica y de las relaciones de género, por lo que asumimos una doble perspectiva relacional (de género y de subordinación médicos-pacientes)<sup>3</sup>. Uno de los nudos conceptuales del campo de estudio radica en qué intereses, ideologías, visiones del mundo y roles (de género, clase, edad, familiares) produce y reproduce esta atención y las relaciones que la atraviesan.

En síntesis, la adopción de un enfoque de género y salud, contribuye a identificar las prácticas médicas en atención al parto con instituciones o procesos sociales atravesados por la desigualdad de género, vinculados al control de las mujeres.

La teoría y metodología [de género] posibilitó captar el sentido de muchas prácticas y conductas que se aplican normalmente en las salas de parto, y son reproducidas tanto por las/os profesionales de salud, como por la institución hospitalaria, las cuales legitiman que [éstos]despojen a las mujeres de su papel activo en tanto que ellos/ellas saben y controlan el proceso de embarazo, parto, y puerperio, quedando el papel de la mujer reducido al de paciente. La perspectiva de género nos permitió acercarnos a la realidad de esa vivencia desde una postura que parte de preguntarse por qué la mujer no es una sujeta activa de esos procesos, sino que su autonomía ha sido secuestrada por la práctica médica. El género nos llevó a cuestionar el valor, supuestamente “natural”, de éstas prácticas, construcciones e instituciones (Camacaro Cuevas; 2009: 151).

Y a su vez, la perspectiva adoptada, permite responder sociológicamente a nuestro interrogante de investigación, en tanto, tal como afirma Sadler (2004), los modos en que una sociedad organiza el comportamiento reproductivo de sus miembros refleja sus valores nucleares y principios estructurales. El punto clave que se quiere establecer es que el estudio de estas temáticas ligadas al embarazo y parto (pensadas como específicas de las mujeres) puede ser un medio valioso a través del cual analizar procesos sociales generales.

“El modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana, se sustenta en una lógica ideológica que impregna de significados los distintos sucesos como el embarazo, parto y puerperio, conteniendo y reproduciendo a su vez, una concepción social de la reproducción y de la maternidad. Todo este andamiaje es soportado y soporta, sin ningún espacio para la duda, una manera de pensar, mirar, concebir a la mujer en ese espacio social en que anida la hegemonía del discurso médico occidental”(Camacaro Cuevas; 2008: 294).

---

<sup>3</sup>En tal sentido, sostiene Schwartz: “...la intervención del modelo médico hegemónico se sostiene sobre una asimetría de poder entre médico y paciente. El médico detenta el poder del saber, la autorización legal y la legitimidad que la sociedad le otorga cotidianamente para intervenir en los cuerpos de las personas. Cuando el médico es varón y la paciente es mujer esta asimetría de poder se yuxtapone a otra más antigua y profundamente arraigada en el imaginario y prácticas de nuestra sociedad, la estructura de poder de las relaciones de género, en la que la mujer la posición subordinada” (Schwartz; 2010: 101-102).

Por último, en la intersección entre género y salud en el estudio de la atención perinatal, cobra importancia la pregunta por las formas violentas que producen estas relaciones jerárquicas (y patriarcales) médico-paciente. Como venimos marcando, la práctica médica en tanto práctica social (y no técnico-inocua) expresa relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías, incluso sujeción y formas de violencia, y supone, entre otras cosas, a las usuarias como sujetos subalternizados. En esas relaciones de poder asimétricas se dan condiciones para que se ejerzan violencias sobre las mujeres, los varones y los recién nacidos, nominada como violencia obstétrica (VO). Aunque no es de interés central de esta ponencia, para el análisis de la VO, pensamos conceptualmente en los procesos de definición social-objetiva-legal y de definición subjetiva, como procesos que pueden ser contradictorios, disputables y en constante transformación.

## **2. Lo hegemónico: Parto y embarazo como eventos de riesgo**

Un segundo ajuste a nuestro lente conceptual tiene que ver con analizar lo hegemónico de la atención médica de embarazos y partos<sup>4</sup>. A través del recorrido bibliográfico, las primeras aproximaciones al campo y el primer ajuste, podemos sostener que el pilar sobre el que se asienta y que atraviesa esta atención hegemónica es la primacía del riesgo, que construye como válida la siguiente afirmación: “*todo embarazo y parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario*”. Esto es visible, por ejemplo, en las definiciones post-fácticas de embarazo<sup>5</sup> y parto<sup>6</sup> de bajo riesgo, esto es, posterior al evento, por lo que se actuará con presunción de riesgo y las decisiones se verán confundidas por la incertidumbre. Aquí es importante hacer una salvedad: nuestro estudio excluye los procesos perinatales de alto riesgo (es decir, los que comportan la etiqueta de riesgo con score “alto” por darse en parámetros patológicos, como diabetes gestacional, hipertensión u otros problemas de la mujer gestante o

---

<sup>4</sup> En este sentido, cuando pensamos de hegemonía en salud, pensamos en el modelo médico hegemónico. Definido por Menéndez como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, que desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988: 451).

<sup>5</sup> Embarazo de bajo riesgo: “aquel que transcurre sin que factores desfavorables (biológicos, psicológicos, sociodemográficos, 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 cefalo-pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y un puerperio normal” (Guía 2: 17).

<sup>6</sup> Parto de bajo riesgo: “aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones” (Guía 1: 24).

del feto). El problema radica en la normalización y estandarización que ha supuesto la universalización del riesgo reproductivo. El parámetro, la evaluación, la vigilancia y el control se aplica a todos los embarazos y partos y, sin embargo, aunque el *score* asignado sea “bajo”, ya vimos que la definición post-fáctica hace lo suyo: se interviene estandarizadamente a todos por igual, por el riesgo que parece conllevar a priori, por la posibilidad (hecha certeza) de complicaciones. En simples palabras: aunque la etiqueta aplicada sea de bajo riesgo, la atención hegemónica tiende a ser intervencionista y a patologizar los procesos fisiológicos que se dan en los parámetros de “normalidad” (Camacaro Cuevas: 2009). Como sostiene Schwartz “la redefinición del parto como un evento médico depende del carácter potencialmente problemático del mismo, justificando así la intervención médica” (Schwartz; 2010: 98).

Un indicador clave de esta primacía del enfoque de riesgo es la función que cumplen los controles prenatales (CPN) como dispositivo de asignación de scores y etiquetas de riesgo. Estos controles tienen el principal propósito de determinar una primera calificación del riesgo y definir el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado de atención. La “etiqueta de riesgo” se renueva en cada CPN, y esta preponderancia del enfoque de riesgo biomédico da cuenta de la construcción patologizante del embarazo. Los factores de riesgo asociados al embarazo se vinculan a cuatro ejes de las mujeres: características individuales o condiciones sociodemográficas desfavorables, antecedentes obstétricos, patologías del embarazo actual y patologías maternas previos al embarazo. De todos, el primer conjunto de factores de riesgo merece una especial atención en tanto tiende a compatibilizar como “scores de riesgo” situaciones que bien no podrían afectar de igual modo el desenvolvimiento de un evento de salud como es el embarazo; esto es, la edad, la situación laboral, el estado civil y el analfabetismo; reproduciendo así su patologización y medicalización. Si bien, nuevamente, entendemos y compartimos la importancia en términos de salud pública que implica la extensión de cobertura y acceso universal a los CPN, sigue existiendo un trasfondo que conceptualiza a las mujeres-madres como alguien a quien vigilar, controlar y enseñar, o, en una palabra, tutelar.

Es interesante por lo dicho, que en las guías procedimentales se sostiene que estos controles tienen la “finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico” (Guía 2: 19, el subrayado es propio). ¿Los riesgos devienen del proceso fisiológico o responden a una construcción médica? ¿El embarazo y parto es, a priori, un riesgo, o se lo ha construido así? En este sentido, nos resulta destacable que se trabaja en disminuir los riesgos y sin embargo,

aunque la calificación del riesgo durante el embarazo sea baja, esto no parece mermar la consideración del parto resultante como evento explosivo y a actuar con presunción de alto riesgo. Lo importante es que la universalización del enfoque de riesgo obstétrico muchas veces habilita la iatrogenia, como consecuencia de la medicalización, intervencionismo y patologización.

### **3. Lo alternativo: *la humanización en dos ejes: derechos y prácticas***

Si para enfocar nuestro objeto de estudio (re)construimos una caja de herramientas con los aportes de los estudios de género y salud y luego iluminamos la atención hegemónica y encontramos que el enfoque de riesgo es su núcleo duro, debemos sumar los modos no hegemónicos de atención, conceptualizados bajo el paradigma de la humanización.

La humanización de la atención médica como modelo propugna cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica. En la atención de partos de bajo riesgo, específicamente, y bajo el nombre de “parto respetado”, pone el acento en que durante el proceso perinatal, se garanticen una serie de derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y las familias, se lo entienda como un proceso integral (que adquiere significaciones psicoafectivas, emocionales, culturales y sociales) y se modifiquen las prácticas profesionales clínicas y, por tanto, las relaciones médicas. De este modo, la humanización de la asistencia al nacimiento implica una transformación tanto de la comprensión del parto como del hacer médico (Porto et al, 2015). En este sentido, la humanización aparece como alternativa al exceso de intervencionismo médico, patologización y medicalización hegemónicas alrededor de estos procesos, que ha tendido a generar una cultura del nacimiento estandarizada, homogénea, tecnologizada, supeditada a protocolos clínicos e institucionales, y desvinculada de los derechos y necesidades de las mujeres que se embarazan y paren.

En este punto, nuestro aporte conceptual apunta a pensar que la humanización se asienta sobre dos ejes centrales e interconectados: la garantía de derechos humanos de las mujeres, específicamente derechos sexuales y reproductivos<sup>7</sup> y la revisión y readecuación de las prácticas e intervenciones médicas en el proceso perinatal. Consideramos que al

---

<sup>7</sup> En Argentina, explicitados en la Ley 25929 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento” sancionada en 2004 y reglamentada en 2015.

cuestionarse social y políticamente las prácticas médicas que se rutinizaron históricamente durante el proceso perinatal en el marco de un modelo médico hegemónico patologizador, basado en la construcción del riesgo reproductivo como un universal, se han construido instrumentos y dispositivos legales y de política pública para garantizar su revisión, estableciendo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como fundamento<sup>8</sup>. Estos últimos, a su vez, invitan a repensar y modificar la práctica profesional, para lo cual se crearon guías procedimentales que apuntan a marcar nuevas orientaciones en la práctica profesional de atención médica de embarazos y partos.

Es importante destacar que este modelo de atención, que aún es alternativo ya que en términos del esquema de modelos médicos de Menéndez no es el dominante (que explicamos en la sección anterior), está comenzando a ser incorporado por diversas instancias estatales a partir de normativas (como la Ley de parto respetado de 2004) y los protocolos de atención al parto normal bajo el modelo de “Maternidades Centradas en la Familia”. Con esta aclaración, lo que se pretende es señalar que simbólicamente y tenuemente, estamos en un momento de crisis hegemónica del modelo de atención obstétrica, donde, como afirma Gramsci, pueden verse los vestigios de lo que se va (y se condena públicamente como el exceso de cesáreas y de intervencionismo) y de lo que viene (la nueva “moda” del parto en casa, respetado, animal).

#### **4. La propuesta, los grises: *Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto***

Finalmente, los distintos ajustes en el lente conceptual permiten recortar el estudio a las intervenciones médicas que se dan en los procesos de embarazo y de parto, para poder dar cuenta de la heterogeneidad de prácticas y representaciones que las constituyen y que buscan constituir. La propuesta es pensar las intervenciones en plural para romper con lecturas monolíticas que piensan en extremos la medicalización y la humanización de estos procesos, tendiendo un puente entre esos polos, buscando captar debates, contradicciones y sentidos compartidos. En síntesis, para poder comprender la complejidad tanto de dichas intervenciones como de las experiencias que construyen de ella mujeres-madres, varones-

---

<sup>8</sup> Estos procesos implican y reconocen disputas entre la sociedad civil, el Estado (en sus diversos ámbitos), las corporaciones médicas y las distintas formas de institucionalidad del sistema de salud. Por tanto, aquí vemos cómo el Estado genera diferentes normativas para cada eje, en tanto establece derechos y a la vez interviene en la profesión médica produciendo regulaciones.

padres y profesionales de la salud. Pensamos las experiencias como resultantes de prácticas y representaciones construidas socialmente, y que pueden pensarse como legitimantes y/o cuestionadoras de tales intervenciones, y que permiten caracterizar la construcción de entramados relacionales médico-pacientes heterogéneos.

Como sugerimos, en algunos estudios sobre el tema se caracterizan dos modelos *contrapuestos* de atención médica de embarazos y partos, comúnmente denominados como “parto medicalizado/intervenido” y “parto humanizado/respetado”. Entonces, proponemos pensar las intervenciones médicas que se dan en los procesos de embarazo y parto, para tender puentes entre estos dos tipos ideales y pensar los cruces, heterogeneidades y contradicciones que se dan. Consideramos que esto permite captar más ampliamente de qué modos se interviene sin caer en una caracterización negativa o simplista de las intervenciones al centrarnos en cómo la experimentan los sujetos, y pensando que esa experimentación está atravesada por múltiples factores, como la clase, el género y la edad, entre otros.

Entendemos la *atención* médica del embarazo y parto como un proceso global que incluye y contiene *intervenciones*. Podremos pensar, por tanto, las *intervenciones médicas prácticas* y técnico-clínicas en los procesos de embarazo y parto como por ejemplo el uso de técnicas de inducción, la cesárea, la episiotomía y la administración de oxitocina; tanto como las *intervenciones simbólicas en el y del* proceso, esto es, su medicalización (o no) que actúa reproduciendo un orden social desigual y de jerarquías médicas hegemónicas sobre mujeres construidas como objetos médicos.

En términos “simbólicos” pensamos las intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto que, por supuesto, se dan sobre los cuerpos de mujeres gestantes y fetos, porque creemos que es a través de esos dispositivos que opera uno de mayor envergadura: la intervención total médica de un proceso que es fisiológico y se vincula a la vida sexual de las personas.

### ***Para seguir pensando***

En 2014, en la primera edición de estas jornadas, presenté un trabajo que se tituló “Un recorrido por los modos de estudiar la intervención médica en el parto” (Castrillo, 2014b) en el que analicé desde qué perspectivas y bajo qué interrogantes se había analizado mi tema de investigación, esto es, expuse el estado de la cuestión. En ese sentido, se esquematizó dicho

estado del arte a partir de cuatro ejes: un análisis general a través de los conceptos de medicalización e institucionalización del parto, poder y violencia; un centramiento en las experiencias de maternidad, paternidad y parto; un tercer eje en torno a los sujetos de indagación (profesionales de la salud, mujeres-madres y varones-padres); y, finalmente, un recorrido por los incipientes análisis en torno a los tipos y prácticas que conlleva la violencia obstétrica.

La propuesta del actual informe vislumbra que en los siguientes dos años, profundicé dicho trabajo, lo que me permite presentar hoy algunos aportes conceptuales propios, lentes analíticos desde los que miro y busco comprender el fenómeno en cuestión. De algún modo, mi recorrido por estos eventos académicos que propone el área de género y diversidad sexual de la facultad de Trabajo social, refleja también mi recorrido académico y de investigación, en el que son visibles las distintas decisiones teórico-metodológicas que permiten ir recortando el objeto de estudio y problematizarlo. Con aquella base del estado de la cuestión presentada en 2014, puedo ahora sostener que si bien es posible distinguir una atención hegemónica y otra alternativa en la atención del parto, el análisis de los grises (las intervenciones médicas en plural) a través de las experiencias de los sujetos que indago, es lo que me permitirá (siempre anclada en una perspectiva de género y salud) responder con mayor profundidad y sociológicamente a mi pregunta de investigación. La idea es sumar voces, preguntas, e interrogantes que permitan seguir profundizando y caminando dicho recorrido de investigación.

### ***Bibliografía citada***

- Camacaro Cuevas, M. (2009), “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico”. Improntas de la praxis obstétrica. Revista Venezolana de Estudios de La Mujer – Caracas. Enero/Junio 2009 - VOL. 14 / N° 32
- Camacaro Cuevas, M. (2008), *Dos sentencias masculinas: parirás con dolor... parirás acostada*. En: Delgado de Smith y González, (compiladoras). Mujeres en el mundo. Migración, género, trabajo, historia, arte y política. Laboratorio de investigación en estudios del trabajo. (LAINET). Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Castrillo, B., (2014a), “La perspectiva de género en el estudio de la intervención médica en el parto”. En I PostCongreso De Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales, Córdoba, Argentina. Publicado en Actas del Congreso.
- Castrillo, B (2014b) “*Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto*”. I Jornadas de Género y Diversidad Sexual, Área de Género y Diversidad Sexual, Facultad de Trabajo Social de la UNLP. 24 y 25 de Octubre 2014. Disponible en <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/gedis>. ISBN: 978-950-34-1154-4

- Castro, R. (2011). Teoría social y salud. En *Salud Colectiva*. Lugar.
- De Keijzer (2001), “Los hombres ante la salud sexual-reproductiva: una relación contradictoria”. Salud y Género, AC
- Esteban, M. L., (2001) El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Miqueo, Consuelo.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Maroto Navarro y otros (2009), Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *RevEsp Salud Pública* 2009; 83: 267-278 N.º 2 - Marzo-Abril 2009.
- Menéndez, E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Lugar.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.
- Porto, A., et al. (2015). "Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa." *CIÊNCIA&TECNOLOGIA-Revista do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias da UNICRUZ* 1.1: 12-19.
- Sadler, M. (2007), “Los hombres también se emocionan”: hacia la construcción de masculinidades presentes. *Revista Gaceta Universitaria de Psiquiatría*, 2007; 3; 4: 437-449.
- Schwarz, P., (2010) Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* 2010, (Diciembre).
- Velazquez (2004), La paternidad en el proyecto de vida de algunos varones de la Ciudad de México. En MNEME, *Revista de Humanidades*. Publicação do Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro de Ensino Superior do Seridó – Campus de Caicó. V. 05. N. 11, jul./set. de 2004. – Semestral

#### *Normativas citadas:*

- Guía 1: “Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. 2012
- Guía 2: “Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo”. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2012.
- Ley 25929 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”. Sancionada en 2004, Reglamentada en 2015.