

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA FRAGMENTACIÓN Y SEGMENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DESDE LAS EXPERIENCIAS DE PERSONAS GESTANTES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA PLATA.

RESUMEN

El sistema de salud argentino se ha constituido de manera compleja, caracterizándose por la segmentación y la fragmentación que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Las personas gestantes constituyen una de las poblaciones de riesgo de padecer formas graves de enfermedad por coronavirus. Asimismo la Organización Panamericana de la Salud alertó sobre la interrupción de los servicios de atención de mujeres, especialmente al control prenatal y del recién nacido en la mitad de los países de las Américas. Se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de describir y comprender las experiencias de accesibilidad al sistema de salud de personas que transitaron embarazo y/o parto durante la emergencia sanitaria en la Plata y Gran La Plata. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales a esta población. Los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis de contenido temático, cuyas principales categorías de análisis fueron la segmentación y fragmentación del sistema de salud. Entre los resultados se destaca la importancia que tuvieron “las salitas” del primer nivel en el acceso a la atención de salud y el rol de las obstétricas en el intento de sortear los obstáculos que presenta la segmentación y la fragmentación del sistema sanitario. Se concluye que es menester pensar políticas para fortalecer el primer nivel de atención, la implementación de la estrategia de atención primaria de la salud en todos los niveles del sistema, al mismo tiempo que se requiere el fortalecimiento de una profesión autónoma y humanista, como lo es la obstetricia.

AUTORES:

SAPIENZA C¹,
FOTIA PERNICIARO L².

¹ Residencia post Básica Investigación en Salud Pública y Epidemiología.

² Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) “Prof. Dr. Fernando Viteri”- Hospital de Niños de la Plata /Comisión de Investigaciones Científicas (CIC).

Correspondencia: CINTHIA SAPIENZA:
c.a.sapienza@gmail.com

PALABRAS CLAVES:

Atención prenatal, salud materna, pandemia, accesibilidad a los servicios de salud.

ABSTRACT

The Argentine health system has been constituted in a complex manner, characterized by segmentation and fragmentation that hinder accessibility to health services. Pregnant women are one of the populations at risk of suffering severe forms of coronavirus disease. The Pan American Health Organization also warned about the interruption of women's health care services, especially prenatal and newborn care, in half the countries of the Americas. A qualitative study was carried out with the aim of describing and understanding the experiences of accessibility to the health system of people who experienced pregnancy and/or childbirth during the health emergency in La Plata and Gran La Plata. For this purpose, individual semi-structured interviews were conducted with this population. The data obtained were subjected to a thematic content analysis, whose main categories of analysis were the segmentation and fragmentation of the health system. Among the results, the importance of the "salitas" of the first level in the access to health care and the role of obstetricians in the attempt to overcome the obstacles presented by the segmentation and fragmentation of the health system stand out. It is concluded that it is necessary to think of policies to strengthen the first level of care, the implementation of the primary health care strategy at all levels of the system, and at the same time the strengthening of an autonomous and humanistic profession, such as midwifery, is required.

KEYWORDS:

Prenatal care, maternal health, pandemic, health services accessibility.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud argentino, como resultado de las transformaciones y del devenir histórico, se ha constituido de manera compleja presentando características que dificultan la accesibilidad de la población a los servicios de salud. Es un sistema segmentado, fragmentado, superpuesto y heterogéneo con desigual calidad de atención¹⁻³. Si bien se encuentra organizado en tres niveles, su núcleo central lo ocupa el hospital. Estos niveles de atención han sido una forma de organización de los sistemas de salud para dar respuesta a la demanda creciente de las poblaciones, sintetizados en la idea de que "problemas complejos requieren respuestas complejas, problemas frecuentes requieren respuestas menos complejas"⁴. Sin embargo, se ha entendido la complejidad en el sentido de los recursos técnicos y de la hiperespecialización de los recursos humanos, en detrimento de una atención integral. Esto conlleva la dificultad de la aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) en todos los niveles y efectores del sistema. Si bien la APS es un concepto largamente debatido, varios autores coinciden en que es una estrategia de atención inte-

gral por lo que propone la cobertura universal, la articulación interdisciplinaria e intersectorial con recursos adecuados y el corrimiento del foco de la enfermedad hacia la ponderación de la prevención y la promoción de la salud. Ésta ha quedado reservada casi exclusivamente a efectores del primer nivel, que si bien debieran ser el primer contacto de la población con el sistema y sus abordajes los más elementales, la puerta de entrada al sistema muchas veces se encuentra en el segundo o tercer nivel ⁴⁻⁹.

En la provincia de Buenos Aires, el subsector público de salud se encuentra dividido en regiones sanitarias de acuerdo a la ley provincial 7.016. La finalidad de esta regionalización consiste en integrar en un área todos los servicios de salud cualquiera fuera su situación de dependencia (municipal o provincial) y la optimización de recursos. Esto implica la descentralización administrativa de manera tal que se distribuyan dichos recursos al mismo tiempo que se espera la coordinación de los mismos ¹⁰.

A esta estructura, se añadió en marzo del 2020 con motivo de la pandemia por COVID-19, una serie de medidas que tuvieron como objetivo mitigar la propagación del virus y fortalecer el sistema sanitario ^{11,12}. Esta situación sin precedentes generó en las/los trabajadoras de la salud, tensiones y sentimientos de pánico ante un escenario caracterizado por la incertidumbre y las constantes transformaciones ¹³.

Por otro lado, entre las poblaciones en riesgo de padecer formas graves de coronavirus, se encuentran las personas gestantes ¹⁴. A pesar de ello y según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), casi la mitad de los países de las Américas interrumpió los servicios de atención de mujeres, especialmente el control prenatal y del recién nacido, alertando sobre la posibilidad de retroceder veinte años en la reducción de la mortalidad materna ¹⁵. Un estudio que describió la percepción de actores clave sobre la interrupción de la atención de embarazadas y otras poblaciones vulnerables de América Latina y el Caribe durante la pandemia por COVID-19, mostró que la afectación en la provisión de servicios fue heterogénea entre países y entre tipos de servicio, concluyendo que el principal desafío político con vista al futuro, es garantizar la cobertura, el acceso a los servicios de salud y su financiamiento ¹⁶.

En países de otras regiones, hubo interrupciones, retrasos, reducciones o cancelaciones en los turnos tanto maternos como neonatales afectando principalmente el acceso de personas con vulnerabilidad social y étnica ^{17,18}.

Este artículo se propone contribuir a generar conocimiento sobre esta problemática ya que no se han encontrado estudios locales. El objetivo es describir y comprender las experiencias de accesibilidad al sistema de salud de personas que transitaron embarazo y/o parto durante la emergencia sanitaria en La Plata y Gran La Plata. Si bien ya se presentaron resultados preliminares de este estudio [], en esta oportunidad, se tomarán como categorías de análisis la segmentación y fragmentación del sistema de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio-descriptivo de tipo cualitativo en el Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas Dr. Viteri (IDIP) de la ciudad de La Plata. La población objetivo fueron personas puérperas que tuvieron su embarazo y parto durante la emergencia sanitaria por COVID-19. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, buscando intencionalmente diversidad en las fechas de nacimiento dentro del periodo de emergencia sanitaria. Se invitó a participar a personas que hubiesen cursado el embarazo y/o el parto en el contexto de la emergencia sanitaria en la provincia de Buenos Aires y que fueran mayores de 16 años. Se excluyeron a aquellas personas que no realizaron los controles pediátricos de sus hijos/as en el IDIP. A quienes accedían a participar luego de la invitación, se les entregaba un consentimiento informado y posteriormente a su lectura, se comprobaba por parte de la investigadora principal la comprensión del mismo así como también se evacuaron dudas.

Se utilizó la entrevista semiestructurada individual como técnica de recolección de datos. Estas entrevistas se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre del 2021 y fueron grabadas en audio. Se les adjudicó un código de manera de anonimizar los datos personales de las participantes.

Se realizó un análisis de contenido temático buscando identificar núcleos de sentido, patrones y recurrencias, así como también, singularidades y contrastes para dar cuenta de la diversidad de las perspectivas y significaciones que las personas otorgan a sus prácticas e interacciones sociales^{19, 20}. Las categorías de análisis fueron la segmentación y fragmentación del sistema de salud. Se entiende a la primera como la convivencia de distintos subsistemas de aseguramiento para diferentes grupos poblacionales según sus condiciones económicas o de trabajo: público, de obras sociales y privado. Al mismo tiempo, el subsistema público presenta diferentes dependencias: municipal, provincial y nacional. Por otro lado, la fragmentación refiere a las dificultades de estos subsistemas para la articulación entre sí, así como también al interior de cada uno y que se replica incluso en cada efector de salud, traduciéndose en mayores dificultades de acceso para la población e incrementando los gastos de atención¹⁻³.

Este proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" (CIRPI).

RESULTADOS

Se entrevistaron 20 personas entre los 17 y 40 años de edad. Todas accedieron al menos a un control en su embarazo y casi todas lo hicieron en La Plata o Gran La Plata (región sanitaria XI), exceptuando una persona que recibió atención en un efector de salud de la región sanitaria VI (Tabla 1)

¹ Presentados en abril del 2022 en el Congreso Provincial de Salud en la Ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Figura 1: Características de la población entrevistada

Total de entrevistas: 20	
Primer hijo/a	9
Atención embarazo y parto subsector privado	1
Control de embarazo en primer nivel público	16
Parto en tercer nivel público	9
Partos por cesárea	11
Atención sanitaria en La Plata y Gran La Plata	19

SEGMENTACIÓN Y FRAGMENTACIÓN: IMPLICANCIAS MUTUAS.

En un solo caso, la persona entrevistada contaba con obra social que le permitió el acceso a la atención en una clínica privada durante todo el proceso de embarazo y parto. Esto evitó que circulara por diversos efectores reduciendo la exposición a contraer coronavirus y permitió una mayor articulación entre profesionales. Es de destacar que fue la única entrevistada que accedió al curso de preparación integral para la maternidad.

"...por medio del médico tenía el contacto de la partera, me daban las clases [de parto] por celular, por Zoom, por el tema de la pandemia".

Otra entrevistada, realizó el primer control de salud en un efector privado, abonando la consulta y los estudios complementarios hasta tanto conseguir turno en un efector de primer nivel público ya que supo de su embarazo en las primeras semanas posteriores a la declaración de la pandemia. Cabe señalar también que recurrentemente aparece en las entrevistas, la forma de llamar a las obstétricas (licenciadas en obstetricia) como obstetras o doctora:

"En ese momento la obstetra no atendía porque era pleno cierre de todo, entonces no atendía. Conseguí en una clínica [...] pagué la primera consulta, después ya me mandó a un mes a hacer análisis y todo eso, eso lo hice todo pago y después ya en mayo me atendí con la obstetra de la salita [pública]."

Casi todas las personas entrevistadas asistieron en primera instancia a efectores de primer nivel de atención públicos. En un caso, el control del embarazo se realizó paralelamente en el primer y en el tercer nivel de salud, destacándose el vínculo construido con la obstétrica:

"La obstetra [obstétrica] de la salita me dijo 'si vos ya no quieres venir más acá, quedate con el hospital'. Pero como nunca me ponían un control en la libreta ni nada, me decían 'todos los estudios se quedan acá', bueno, como que no me gustaba mucho entonces regresaba a la salita y le dije a la doctora que no, que yo quería [atenderme] con ella hasta el último día que dé a luz."

Acudir a la salita y/o al hospital cuando la persona gestante se encontraba en situación de vulnerabilidad social no necesariamente tuvo que ver con el control del embarazo, sino con una gran variedad de situaciones que amenazan la vida y la salud integral de la persona y su hijo/a.

"...iba a las calles, pedía, pedía lo que les quedaba, así con mi panza [...] trabajé

de limpieza, trabajé vendiendo caramelos en la calle. Por trabajar en construcción, del cemento también me intoxicó de nuevo. Al hospital fui varias veces por intoxicación, de ahí se me quiso venir él, a los 6 meses y medio [...] Por la pandemia no estaban haciendo DNI [...] Mi caso lo llevaron [la obstétrica de la salita] con la asistente social y hablaron mucho por mi documento, para que me lo den."

Las formas de acceso a análisis de laboratorio, ecografías y otros estudios, se presentaron de diverso modo y con superposición de subsistemas, especialmente de acuerdo al recorrido que haya hecho la persona para poder acceder a las prestaciones en tiempo y forma adecuados según sus necesidades, en diferentes momentos epidemiológicos de la pandemia:

"No había donde sacarme sangre porque todos los hospitales estaban cerrados, las ecografías y todo eso [las pagué de manera] particular."

"Con el tema de la pandemia no conseguía para las ecografías, los estudios sí porque algunos me los hacía ahí en el UPA que pusieron para hacer análisis de sangre y esas cosas y me las hacían ahí. Y si no me derivaban al hospital."

"Los análisis de sangre los hice en el hospital y las ecografías las hice pagas [...] Porque me daban [turno] como de acá a dos meses para hacerme una ecografía."

"En la salita, en la primera [ecografía] no los dejaban entrar. Por eso, porque ellos querían tener esa experiencia de ver a su hermana en la panza [¿y en un privado sí te lo permitían?] En un privado sí."

"Hay mucha gente [en el hospital] y por ese lado, no iba. Por el miedo, porque estaba embarazada y porque tenés que esperar, no es que llegas y te atienden, hay mucha gente, aparte, mayormente hay gente adulta, entonces es muy riesgoso [...] todas las veces hice ecografía ahí [en un efector privado]".

En algunos casos, fue necesario que desde los efectores del primer nivel se derivara a la persona gestante a un tercer nivel (público) por tratarse de embarazos de riesgo o para descartar dicho diagnóstico. Las formas de derivación durante la emergencia sanitaria que aparecen en los relatos son diversas, algunas institucionalizadas, otras más improvisadas:

"La salita pidió la cita, el turno y yo lo que tenía que hacer era presentarme con mi hoja de interconsulta."

"Como no se daba vuelta [el bebé], por las dudas la obstetra [obstétrica] me mandó a revisarme al hospital [...] fui con la orden para que me atiendan. Me revisaron ese día [...] porque me mandaron a preguntar por una doctora conocida de la obstetra y me revisó"

"La obstetra [obstétrica de la salita] cumplió con el protocolo y me envié a hacer todos los estudios, pero como era algo de alto riesgo me enviaron al hospital [...] hasta que descartaron la condición, la enfermedad, no sé cómo se llama y ahí sí me devolvieron a la salita porque no había ningún riesgo."

Según los relatos de las entrevistadas, los partos fueron asistidos casi en la mitad de los casos en un hospital de alta complejidad del subsector público y los casos restantes, en hospitales del segundo nivel, también públicos. Las

derivaciones para la atención de los partos en términos generales no ocurrieron articuladamente, siendo variadas las experiencias:

"A lo último tuve colestasis así que hubo que sacarlo... Ese día fui a la salita, le dije [que tenía picazón], justo estaba la obstetra [obstétrica] ahí en la puerta y me dijo que me vaya al hospital. Así que me fui directamente a la guardia y ese mismo día nació."

"Me atendí primero en el UPA, me hice el control ahí y después me derivaron al hospital. Tres controles más me faltaban, ahí me mandaron al hospital [...] antes de que llegues a término te hacen tres o cuatro controles para planificar todo [para la cesárea]."

"Rompí bolsa en mi casa, así que tuvimos que salir de urgencia y nació en la guardia."

También aparecen narrativas en torno a la fragmentación al interior de un mismo hospital: entre diferentes especialidades o entre profesionales de una misma especialidad:

"Tuve una crisis nerviosa [durante la internación] La doctora vino a hablar conmigo porque le contaron las enfermeras que yo estaba llorando, ¿viste? y me dijo que si me quería atender con algún psicólogo de ahí. Yo le dije que sí, pero nunca pasó."

"Fui al mismo hospital a preguntar [al día siguiente del alta], me dijeron 'no sabemos mamá, yo no estaba ahí, porque la doctora que te dio a luz, ella no está [...] Le agarró una bacteria, un virus en el hospital y se quedó mi bebé internado 5 días."

DISCUSIÓN

Si bien en los relatos aparece repetidamente el "cierre" de efectores de salud de todos los niveles a partir de la declaración de la pandemia, es de destacar que esto coincide con un primer momento epidemiológico de ajuste o preparación en un contexto de emergencia. A pesar de ello, se destaca que los efectores del primer nivel de atención tuvieron un rol fundamental en el acceso a la atención prenatal durante la pandemia por COVID-19 dado que, como muestran los resultados, fueron la puerta de entrada al sistema sanitario en casi todas las entrevistas. Es de destacar la diversidad de dispositivos que componen este primer nivel y que se aúnan bajo la denominación de "salita" con la que la población reconoce a las Unidades Sanitarias (US), Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Centros Integrales Comunitarios (CIC) y/o Unidades de Pronta Atención (UPA). Asimismo, en las entrevistas se describieron a estos efectores como diversos en cuanto a los recursos con los que cuentan y en cuanto a las formas de articulación con otros niveles, por lo que se infiere que no hubo una forma institucionalizada o sistemática de derivación para realizar estudios complementarios o para la atención de los partos. A pesar de ello se destacan distintas estrategias por parte de las trabajadoras del primer nivel así como de la propia persona gestante para soslayar los obstáculos que la fragmentación del sistema interpuso en el acceso a la atención¹⁻³.

La forma de organización hospitalocéntrica del sistema hace que éstos cuenten con los recursos necesarios para realizar todos los estudios complementarios, lo que implicó que durante la pandemia los hospitales continuarán recibiendo personas gestantes (consideradas en riesgo de contraer formas graves de coronavirus) para realizarse estudios de rutina o para confirmar o descartar otros diagnósticos, al mismo tiempo que la atención en estos efectores se encontraba casi exclusivamente abocada al COVID-19¹³. En algunos casos, esta paradoja contribuyó a la segmentación, dado que algunas entrevistadas que podían costear algunas prestaciones optarán por realizarlas en efectores privados donde consideraban que no se exponían a contraer el virus, o donde evaluaban que la atención era de mejor calidad por diferentes motivos. Por otro lado, queda expuestas en las citas la fragmentación al interior de los hospitales donde parece no haber comunicación o abordajes articulados entre profesionales de la salud. Otra situación donde se evidencia la segmentación es el caso de la entrevistada que atendió su embarazo, parto y estudios complementarios en un mismo efector dado que contaba con obra social. Esto evitó que transitara por diversos efectores en el contexto de la emergencia sanitaria y que además accediera a una prestación diferencial (el curso de preparación integral para la maternidad) respecto de aquellas que se atendieron en el subsector público. A lo largo de las citas presentadas sobre las experiencias de atención, se puede entender a la segmentación y la fragmentación como características del sistema sanitario que se implican e influyen mutuamente.

Por otro lado, la singularidad del relato de la persona gestante que se encontraba en profunda vulnerabilidad social, exige repensar la organización de los niveles de atención en función de las conceptualizaciones de complejo y su relación con situaciones de salud-enfermedad frecuentes. Este ejemplo da cuenta cómo desde la APS en el primer nivel se aborda también la complejidad y el riesgo no en el sentido meramente biomédico. No se trata de atención de menor calidad, tampoco de trabajadoras/es de la salud con menor calificación sino, todo lo contrario, ya que la complejidad implica el abordaje de la integralidad de la problemática y de la interdisciplina⁸.

En este sentido, es importante resaltar que las "salitas" cuentan con licenciadas/os en obstetricia, quienes dentro de sus incumbencias tienen a cargo el control prenatal de bajo riesgo²¹. Esta figura aparece en los relatos bajo el título "obstetra", dejando entrever que las personas entrevistadas desconocen las diferencias en formación e incumbencias entre los títulos académicos (médico obstetra y licenciada en obstetricia). De esta manera, surgió una nueva categoría de análisis: el rol de las licenciadas en obstetricia. Esta categoría es transversal a las dos categorías de interés de este estudio, ya que en los relatos aparecen intentando sortear la fragmentación al emplear diversas estrategias de articulación con otros niveles, y la segmentación al brindar atención de calidad y no diferencial para todas las personas gestantes respecto de la salud, no solo biomédica, sino integral. Esto se debe a la formación bajo un modelo humanista y orientado por la APS, desplazando al modelo tecnocrático biomédico

que entiende a la mujer como una máquina defectuosa que necesita de un experto con saberes técnicos que puedan desencadenar el nacimiento de manera estandarizada, siguiendo y ajustándose a protocolos y reglas que parecen poder aplicarse en todas las situaciones independientemente de las individualidades y deseos de las mujeres y sus familia ^{22, 23}.

Si bien este estudio tomó como población a personas que gestaron y parieron durante la emergencia sanitaria, resulta necesario que se realicen nuevas investigaciones que puedan recabar en la voz de las obstétricas y otras/os profesionales de la salud, cuáles fueron los obstáculos y facilitadores que encontraron en la atención de esta población durante la pandemia, así como aquellas estrategias e intervenciones que se requirieron para el sostén de la atención en ese contexto. A pesar de ello, el conocimiento producido en el presente estudio podría ser un insumo para la planificación de estrategias de superación de los obstáculos en la accesibilidad de la atención en el pasaje de la pandemia a la nueva realidad socio-epidemiológica.

CONCLUSIÓN

A más de cuarenta años desde que se sentaron las bases de la APS, aún no se ha podido implementar esta estrategia de atención integral en todos los niveles de atención del sistema sanitario. La descripción de las experiencias de atención de personas que transitaron embarazo y parto durante la emergencia sanitaria en la Plata y Gran La Plata, señalan que incluso en un contexto como el de la pandemia por COVID-19, continúa siendo menester el desarrollo de políticas para fortalecer el primer nivel de atención y de plena implementación de la APS en todos los niveles. En este sentido, las licenciadas en obstetricia, intentaron responder a las necesidades de personas gestantes, aun sin contar con los recursos necesarios, buscando estrategias adecuadas para sortear los obstáculos que se presentaron para el acceso al sistema de salud, dejando en evidencia la fragmentación y segmentación del mismo. Se espera con este artículo fomentar el fortalecimiento de una profesión autónoma y humanista, como lo es la obstetricia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ballesteros MS. El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX hasta la actualidad. *Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales*. 2017,4(6):169-174.
2. Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe". Serie de Protección Social de la Salud N° 1. 2003. Washington DC, USA.
3. Belló M, Becerril, Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública Mex*. 2011;(53 supl 2):S96-S108
4. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva* 2009;5(1):27-47.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. 1978. Kazajstán: OMS.
6. Testa, M. Atención ¿Primaria o Primitiva? De la salud. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Fondo de Centros de documentación "Pensar en salud" (CeDoPS), 1988. p. 75-90.
7. Rovere, M. La Atención Primaria en la Encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. 2018
8. Stokiner A, Comes Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciencia y Saúde Colectiva*. 2011. 16 (6): 2807-2816.
9. Castellanos Robayo, J. Situaciones de cobertura, Niveles de atención y Atención Primaria. *Boletín de la Oficina sanitaria Panamericana*. 1977.
10. Ley 7.016 Las regiones sanitarias estarán a cargo de un profesional médico con título especialista o con experiencia en la salud pública o en su defecto con la capacidad probada para el desempeño de la administración sanitaria con obligación de ejercer el cargo, a tiempo pleno o semipleno. Senado y cámara de diputados de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires, Diciembre de 2022 Disponible en: <http://bitly.ws/xCAQ>
11. Decreto 167/202. DECNU-2021-167-APN-PTE - Decreto N° 260/2020. Emergencia Sanitaria. Prórroga. Boletín oficial de la República Argentina. Ciudad de Buenos Aires, Marzo 2021. Disponible en: <https://bit.ly/38pZg0K>
12. Decreto 168/2021. DECNU-2021-168-APN-PTE. Distanciamiento social preventivo y obligatorio y aislamiento social preventivo y obligatorio. Boletín oficial de la República Argentina. Ciudad de Buenos Aires, Marzo 2021. Disponible en: <https://bit.ly/37FQi2x>
13. Sy A, Moglia B, Derossi PD. Todo se transformó completamente: experiencias de atención a la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la salud pública. *Rev. Salud Pública (Córdoba)*2021; 26(2):60-72
14. Ministerio de Salud de la Nación. Covid-19: Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos en contexto de pandemia. Actualización 16 de junio de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3kCNHsJ>
15. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 ocasiona impactos "devastadores" en las mujeres. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3yD2mJG>
16. Villalobos Dintrans P, Maddaleno M, Granizo Román Y, Valenzuela Delpiano P, Castro A, Vance C, et al. Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: proyecto ISLAC 2020. *Rev Panam Salud Pública*. 2021;45:e140.
17. Whipps, M.D.M., Phipps, J.E. & Simmons, L.A. Perinatal health care access, childbirth concerns, and birthing decision-making among pregnant people in California during COVID-19. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 477 2021 Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03942-y>
18. Cena L, Rota M, Calza S, Massardi B, Trainini A, Stefana A. Estimating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Maternal and Perinatal Health Care Services in Italy: Results of a Self-Administered Survey. *Front Public Health* 2021; 9:701638 . Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.701638>
19. De Souza Minayo MC. Etapa de análisis o tratamiento del material. En: El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. 1 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. 165-207.
20. Borda, P. Estrategias para el análisis de datos cualitativos. Buenos Aires, Argentina: Centro de Documentación e Información, IIGG. 2017. Capítulo 1.
21. Ley 11745. Ejercicio profesional de la obstetricia. Diciembre, 2022 Disponible en: <https://copba-cs.org.ar/wp-content/uploads/2021/05/Ley-11745-y-modificatorias.pdf>
22. Salsa-Cortizo V. El rol de la obstétrica ante barreras de acceso a la salud en la Región Sanitaria XI, Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev Argent Salud Pública*. 2020;12:e20.
23. Salsa Cortizo V. Estudio antropológico del trabajo de la obstétrica en el sistema de salud bonaerense: ciencia y paciencia como modelo de atención. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata; 2021.