



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UN FENÓMENO VINCULADO A LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS ELEMENTALES DE LA MUJER

Miriam Al Adib Mendiri<sup>a</sup>,  
María Ibáñez Bernáldez<sup>b</sup>,  
Mariano Casado Blanco<sup>b</sup>,  
Pedro Santos Redondo<sup>c</sup>

#### RESUMEN

El presente artículo resulta de un trabajo de revisión bibliográfica en el que analizamos la violencia obstétrica como forma de violencia contra la mujer y de violación a los derechos humanos, con gran frecuencia ignorada, llegando a ser en ocasiones desestimado un tema de gran actualidad e interés para la bioética. La violencia obstétrica como violencia simbólica contra la mujer manifiesta la asimetría existente entre hombres y mujeres siendo imprescindible el desarrollo normativo encargado de regular el conjunto de prácticas en los procesos reproductivos de las mujeres a la par que permita alertar sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. No obstante los logros conseguidos desde estas iniciativas, las desigualdades de género siguen afectando los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo.

#### PALABRAS CLAVE

Violencia Obstétrica; Aspectos éticos y legales; Salud sexual y reproductiva

#### ABSTRACT

The present article comes of a bibliographic review labour in which we analyse obstetric violence as a way of violence against women and as violation of the human rights, which are frequently ignored, sometimes becoming rejected a subject of great current interest for bioethics. Obstetric violence as symbolic violence against women reveals the asymmetry which is between men and women and the legal development in charge of legislating the set of practices in the women reproductive processes is essential in order to alert about the importance of the respect of sexual and reproductive rights as an inalienable, comprehensible and indivisible of the universal human rights. Despite the achievements from these initiatives, gender inequalities still affect reproductive health services in large part of the world.

<sup>a</sup>Servicio de Ginecología, Hospital de Mérida. Badajoz, España. Correo electrónico: miriam.ginecologia@gmail.com

<sup>b</sup>Área de Medicina Legal, Facultad de Medicina de Badajoz. Universidad de Extremadura, España.

<sup>c</sup>Centro de Salud San José. Almendralejo. Badajoz, España



## KEYWORDS

Obstetric Violence; Ethical and Legal Aspects; Sexual and reproductive Health

## INTRODUCCIÓN

Con la evolución de la medicina moderna, la etapa de la maternidad en las mujeres se ha visto relegada cada vez con más fuerza al criterio y rigor médico-científico<sup>1</sup>, sin embargo y debido al desarrollo y tecnificación de la medicina, la experiencia individualizada del momento del parto, es objeto de un giro radical desde mediados del siglo diecinueve, ya que emplazan a la parturienta a un lugar de subordinación en relación con los profesionales de la salud encargados, ahora, de dirigir este momento<sup>2</sup>.

El proceso de la maternidad sufre una transformación con el traspaso de la experiencia de las mujeres en un ámbito privado, el hogar, a los centros sanitarios, asistidas por profesionales, en muchas ocasiones, extraños y un ideal de asepsia que se opone a la idea del acompañamiento de la mujer durante el proceso<sup>1</sup>.

Pero resulta evidente que en el momento en que el parto se traslada del hogar al hospital, hace 250 años, éste se medicaliza<sup>3</sup>, lo que significa que pese a que no existan patologías, la intervención médica está presente de manera decisiva. A medida que se fueron dando los avances tecnológicos y biológicos, el control de todas las etapas de la reproducción fue mayor y más eficaz<sup>4</sup>.

En la sociedad actual todo el proceso de embarazo, parto y lactancia se ha medicalizado; lo que conlleva consecuencias notorias, como un mayor intervencionismo durante el proceso de parto con porcentajes elevados de cesáreas, cuando la OMS indica que no existe justificación para que las cesáreas superen el 10-15% sin importar la región geográfica<sup>5</sup>.

El progreso de la medicina ha conllevado evidentes e indudables beneficios que se han visto reflejados en una disminución en la mortalidad materno-infantil, pero en esta expansión ha implicado, en cierta manera, un control sobre la mujer embarazada. La medicina basada en la evidencia, ha puesto de manifiesto que la adopción de toda una serie de intervenciones que se han revelado inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, ha constituido un grave error en el que se ha incurrido al tratar de mejorar los servicios de maternidad<sup>6</sup>.

Es preciso tener presente que toda mujer embarazada posee el derecho a la información<sup>7</sup> así como la libertad para que la toma de decisiones sean libres e informadas, en relación a su salud tal y como queda detallado en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos<sup>8</sup>. La transgresión de este derecho hace que el ya obsoleto paternalismo médico se manifieste en su mayor expresión. Es evidente que muchas veces a las pacientes se les realizan prácticas sin que haya una previa consulta y sin llegar a ofrecerles la suficiente y necesaria información sobre las implicaciones que comportan las mismas. En consecuencia, lo que se hace es mermar e incluso anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva<sup>9</sup>.

En el momento actual, son frecuentes las controversias que la propia sociedad se plantea acerca del modo en que nacemos, y para ello los enfermeras especialistas en ginecología, conocidas clásicamente como matronas tratan de desempeñar su actividad profesional, constituyéndose en las encargadas principales de este proceso asistencial, “(...) hablando y practicando fuera del paradigma dominante, manteniendo abierto un espacio conceptual donde se pueda desafiar el parto tecnológico”<sup>4</sup>.



## LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: DE LA IMPUNIDAD A SU TIPIFICACIÓN DELICTUAL

Con las premisas anteriores, se puede reflejar la existencia de una determinada violencia de tipo obstétrico, y aunque falta una definición precisa, suele relacionarse exclusivamente con la experiencia del parto. Sin embargo, este concepto resulta insuficiente y hasta limitado, entendiéndose que en el mismo se debe incluir también otros dominios relacionados con el campo de la salud sexual y reproductiva. De esta manera se puede definir como la violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato contrario a las normas éticas y legales que se deben cuidar hacia la mujer gestante, en la tendencia a considerar como patológicos los procesos reproductivos naturales, en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y postparto. E incluso podría ampliarse a todo lo relacionado con la atención a la pérdida y el duelo durante la maternidad a través del excesivo intervencionismo médico<sup>10</sup>.

Sin duda alguna que cuando esta violencia obstétrica surge, se constituye como una auténtica violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la protección de la salud como un derecho humano<sup>11</sup>.

Valorando esta situación desde un punto de vista jurídico, en España no existe una tipificación de tipo penal, pero es evidente que las prácticas que constituyen la violencia obstétrica están prohibidas, ya que suponen una vulneración de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución, concretamente derechos como la integridad física y moral (artículo 15), la libertad personal (artículo 17) y la intimidad (artículo 18)<sup>12,13</sup>. No puede deslindarse el derecho a la vida del derecho a la protección a la salud, ni el derecho a la protección de la salud como escindido del derecho a la dignidad: “*Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí*”<sup>14,15</sup>. A pesar de tener este fundamento, llama la atención la ausencia de referencias directas a la violencia obstétrica, en la gran mayoría de los estudios que sobre violencia hacia mujeres se han elaborado en los últimos años en nuestro país.

Bien es cierto que en la década de los años ochenta comenzaron a emerger movimientos orientados a la humanización en la asistencia al parto<sup>4</sup>, los cuales cuestionaron la excesiva intervención médica y los posibles efectos adversos sobre el desarrollo del parto.

Como referente en el desarrollo normativo regulador de los derechos que las mujeres poseen en relación al embarazo, parto y postparto, se puede hacer referencia a la primera ley, de la que se tiene constancia, que *específicamente* se ocupa de regular la denominada violencia obstétrica dentro un marco jurídico, y ésta fue la aprobada en Venezuela, primer país del mundo en emplear el término “*violencia obstétrica*” en el año 2007, dentro de “*La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*”<sup>16</sup> siendo definido como “*la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres*”.

Ya con anterioridad había sido aprobada en Argentina la Ley 25.929 del 25 de agosto de 2004 (B.O. 21/10/2004), de Protección del Embarazo y del Recién Nacido, conocida también con el nombre de “*Ley de Parto Humanizado*”<sup>17</sup>. Como cuestión relevante y a pesar de que se trata de una ley reguladora de la materia que tratamos, no ofrece una definición del fenómeno, tal y como de manera posterior queda reflejado en la ley venezolana de 2007. Si que



establece el derecho de la mujer a un parto respetuoso de tiempos biológicos y psicológicos para evitar abusos, tipo prácticas invasivas o medicalización innecesaria, tanto para la persona que habrá de nacer o para la propia parturienta.

Con posterioridad, en el año 2009, y nuevamente en Argentina fue aprobada la Ley 26.485 o "*Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*"<sup>18</sup>. De acuerdo con esta nueva ley, la violencia obstétrica, es considerada como un tipo de violencia en la que incurren no sólo los profesionales que intervienen durante el momento del parto, sino también a todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con la mujer gestante. Además, la norma referida, especifica que la violencia obstétrica no sólo implica violencia física, sino también violencia psíquica.

Igualmente, en abril de 2014, otro país americano, concretamente México reconoció expresamente el esfuerzo para erradicar la violencia obstétrica como un desarrollo a favor de la igualdad de género, unificando sus criterios a los de otros países como [Argentina](#) o [Venezuela](#), en la lucha contra una de las formas más frecuentes y desapercibidas de violencia. El Senado mejicano aprobó modificar la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia, a fin de ofrecer mayores garantías a las trabajadoras y mejorar la protección de la madre en la atención médica, ambas durante el embarazo, parto y puerperio, siendo por tanto posible castigar la violencia obstétrica al tipificar como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Significativa es la referencia a la negligencia en cuanto a la atención médica que se muestre con un trato deshumanizado, basado en un abuso de medicalización o de los procesos naturales, como práctica del parto por vía de cesárea, pese a existir condiciones para el parto natural; igualmente con el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento de la mujer; u obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de amamantarlo inmediatamente después de nacer<sup>19</sup>.

A nivel supranacional, también se han redactado documentos por parte de organismos internacionales con responsabilidades en el campo de la violencia de género, como la Guía de cuidados en el parto normal de la OMS de 1996<sup>20</sup>.

Llegados a este punto, esta revisión quedaría incompleta si no se hiciera mención a las recomendaciones que recientemente ha otorgado la relevante institución británica "*National Health Service*", conocida como "*The Nacional Institute for Health and Clinical Excellence*" (NICE), acerca de la notable evidencia de una mayor seguridad en partos asistidos en unidades dirigidas por matronas que en una unidad hospitalaria, siempre y cuando se traten de procesos asistenciales dirigidos a mujeres con bajo riesgo gestacional, salvo en casos de que la gestante sea primeriza. Esta conclusión es alcanzada tras valorar que la tasa de intervenciones es menor y los resultados para el recién nacido nada difieren a los propios del proceso en una unidad obstétrica. En torno al 45 por ciento de las mujeres gestantes poseen un bajo riesgo de padecer complicaciones durante su embarazo. En todo caso, los profesionales de la salud deben informar a las mujeres de las opciones asistenciales disponibles y poner en su conocimiento que poseen el derecho a elegir libremente donde pueden dar a luz<sup>21</sup>.

## DISCUSIÓN

Las organizaciones pro-parto humanizado, critican sólidamente ciertas actitudes paternalistas de los profesionales de la salud respecto a las mujeres<sup>22</sup>. Estas actitudes están asociadas con las formas ya descritas hacia la mujer, vulnerando así los derechos humanos, potenciando la desigualdad entre hombres y mujeres, y por ende, retomando



nuevamente el concepto de violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer y que al igual que otras formas de violencia contra las mujeres, ha permanecido mucho tiempo invisible.

Todos los mecanismos de control social a través de la medicalización del parto, están siendo cuestionados e incluso existen reglamentos, protocolos y disposiciones legales que del mismo modo lo debaten. Existe un interés primordial en que el parto finalice con el nacimiento de un recién nacido sano, con la menor morbi-mortalidad materno-fetal; habiendo todo ello llevado a la institucionalización de los partos con una dirección facultativa sistemática, nada adaptada a cada caso concreto, convirtiéndose en prácticas habituales y rutinarias, incluso en partos de gestantes sanas sin complicaciones. Tal finalidad ha ido aparejada al hecho de que sea menor la atención a la importancia que en el proceso del parto tiene la propia mujer o su bienestar emocional así como su adaptación a su nueva realidad, la maternidad. Hoy en día, es bien conocido que con la atención y apoyo requeridos, la mayoría de las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de procedimientos médicos sin comprometer la seguridad asistencial<sup>6</sup>.

En relación a nuestro país y como ejemplo de lo mencionado, los datos del Ministerio de Sanidad más actuales disponibles, referidos al año 2012<sup>23</sup>, reflejan que en España el 25,3% de las mujeres, es decir una de cada cuatro, es sometida a una operación de cirugía mayor (cesárea) durante el parto, cifra de por sí significativa ya que supera ampliamente las recomendaciones sanitarias de la Organización Mundial de la Salud<sup>5,20,24</sup> que, basándose en los países que menos tasa de mortalidad perinatal registran, considera que una tasa de cesáreas aceptable debe estar en torno al 10% y en cualquier caso no superar el 15%.

Si extrapolamos estos datos a las diferentes Comunidades Autónomas, observamos que la cesárea presenta una amplia variabilidad en el territorio español siendo el País Vasco la comunidad con menos cesáreas y la única que se acerca a la recomendación de la OMS, con un 15,1%, mientras que la Comunidad Valenciana tiene el máximo, con un 30,1% de cesáreas, doblando la tasa del País Vasco. Esta disparidad entre zonas geográficas traduce una distinta política sanitaria entre Comunidades Autónomas, cuyo resultado en la práctica es que una mujer tiene el doble de posibilidades de pasar por una cesárea si da a luz en la Comunidad Valenciana que si lo hace en el País Vasco<sup>25</sup>.

La variabilidad existente entre Comunidades Autónomas también puede apreciarse entre hospitales públicos y privados pues, sistemáticamente en cada Comunidad Autónoma, las tasas de cesáreas son significativamente más altas en la sanidad privada que en la pública<sup>25</sup>. Esta realidad no tiene justificación médica, ya que normalmente la sanidad pública atiende los partos de mayor riesgo y por tanto más susceptibles de acabar en cesárea.

La disparidad de datos entre comunidades autónomas interesa de modo similar a los partos instrumentales, a las episiotomías y a otras prácticas a las que la mujer suele ser sometida durante el parto; la sanidad privada es más dada a intervenir que la pública y realiza más partos instrumentales, más episiotomías o más inducciones.

En Europa la realidad es similar a la existente en España y las desigualdades en la atención perinatal son constatables también entre países conforme a lo reflejado en el *“European Perinatal Health Report 2010”*<sup>26</sup>.

Pese a que las tasas de cesáreas han aumentado de forma generalizada en toda Europa, éstas varían desde el 15-18% en los países nórdicos hasta el 52% de Chipre donde más de la mitad de las mujeres da a luz a través de esta operación de cirugía mayor.

Los partos instrumentales son menos del 5% en Letonia o Lituania mientras que alcanzan el 15% en España y el 16% en Irlanda. Otras prácticas obstétricas como la episiotomía alcanzan el 75% en Chipre y no llegan, sin embargo, al 5% en Dinamarca.



Si valoramos las cifras de prácticas intervencionistas en España respecto a sus países vecinos europeos, hay que destacar que nuestro país se caracteriza por una atención al parto especialmente intervencionista, que no parece justificarse con unos mejores resultados en otros aspectos, como puede ser la mortalidad perinatal o neonatal. Ciertamente, muchos de los países europeos con menores tasas de mortalidad perinatal y neonatal son los mismos que tienen unas menores tasas de intervenciones obstétricas durante el parto<sup>27</sup>. Este intervencionismo tampoco tiene su base en la evidencia científica disponible, que ha dado lugar a las recomendaciones de los organismos sanitarios.

Es importante recordar que este excesivo intervencionismo de nuestro país no se justifica con unos mejores resultados en términos de mortalidad perinatal. De hecho, como se ha dicho, varios de los países europeos con mejores resultados en términos de mortalidad, tienen también unas menores tasas de intervencionismo obstétrico durante el parto.

En 2012 el Ministerio de Sanidad, a través del entonces Observatorio de Salud de las Mujeres, publicó el *"Informe del Estado de Situación de la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud"*<sup>28</sup> que incorpora varios indicadores de la atención al parto en el año 2010, de modo exclusivo para hospitales públicos. Al contrastar las prácticas a las que habitualmente son sometidas las mujeres durante el parto con las recomendaciones de OMS y Ministerio de Sanidad, encontramos un fuerte desfase entre la teoría y la práctica.

Los resultados reflejan que sólo un 15,5% de los hospitales incluyen en sus protocolos todas las recomendaciones formuladas por el Ministerio de Sanidad lo cual pone de manifiesto la necesidad de establecer protocolos actualizados en la totalidad de los centros hospitalarios. Además, el propio informe ministerial constata que es la existencia de protocolo en los hospitales la que contribuye a una mejor calidad de las prácticas clínicas en la atención al parto normal.

Las cifras reflejadas expresan la realidad existente y es que las posibilidades de una cesárea o un parto instrumental dependen de la Comunidad Autónoma en la que se atienda el parto y con bastante seguridad se puede afirmar que soportará más intervenciones si se decanta por parir en un hospital privado en lugar de hacerlo en un hospital público. Además, los números confirman que, con respecto a sus vecinos europeos, España es un país especialmente intervencionista, sin que por ello reflejen unos resultados especialmente mejores en cuanto a mortalidad perinatal.

## CONCLUSIONES

La atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto. Durante el trabajo de parto las mujeres pueden ser singularmente vulnerables a las influencias ambientales; la atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a tasas altas de intervención, personal poco familiarizado, falta de privacidad y otras condiciones que pueden experimentarse como duras. Estas condiciones pueden tener un efecto adverso sobre el progreso del trabajo de parto y sobre el desarrollo de sentimientos de competencia y confianza; a su vez, estos efectos pueden deteriorar la adaptación a la maternidad y el establecimiento de la lactancia materna, además de aumentar el riesgo de depresión<sup>29</sup>.

En cada nuevo incidente de violencia obstétrica se vulneran varios derechos fundamentales, siendo urgente promover la reflexión y sensibilización de los agentes de salud sobre este tema particular para lograr modificar aquellas prácticas en salud violatorias de los derechos de las mujeres. Se debe garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con su tratamiento así como el derecho a recibir por parte del personal de salud el mejor trato posible, teniendo en cuenta las limitaciones de los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando la igualdad del acceso y la calidad de la atención independientemente de la procedencia socioeconómica o cultural de la mujer.



Como ejemplo es preciso destacar que en España, todas las comunidades autónomas han consensuado la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud<sup>30</sup>, con la finalidad de promover un cambio en el modelo actual de atención al parto, siempre entendiendo tal como un proceso eminentemente fisiológico, en el que ha de prestarse una atención personalizada e integral a la parturienta en base a la evidencia científica y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres<sup>6,10</sup>.

Por todo ello, los gobiernos deben asumir responsabilidades serias a través de políticas públicas mediante la elaboración o cambio de programas que afecten a la salud de las mujeres, incorporando a éstos la perspectiva de género, los derechos humanos y leyes de autonomía del paciente, persiguiendo enérgicamente cualquier tipo de violencia contra la mujer, en este caso obstétrica, a fin de garantizarla mejor atención antes, durante y después del parto.

### CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Belli, L. F. (2013). la violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos Obstetric violence: another form of Human Rights violation. *Revista Redbioética/UNESCO*, 25.
2. Nari, MA. (2004). Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires 1890-1940: Biblos.
3. Davis-Floyd, R. (2009). Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Buenos Aires: Editorial Creavida.
4. Schwarz, P.K.N (2009). La maternidad y el maternazgo en el cuerpo de mujeres jóvenes argentinas. VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR (RAM) Diversidad y poder en América Latina, Universidad de San Martín, Ciudad de Buenos Aires.
5. OMS (1985) Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. En: Declaración de Fortaleza, Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*.
6. Santos, P y Al Adib, M. (Oct, 2013). Estrategia de Atención al Parto Normal en SES. Disponible en Internet: [http://saludextremadura.gobex.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=932e46ac-63cb-49fe-9f23-e85c8d84e029&groupId=19231](http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=932e46ac-63cb-49fe-9f23-e85c8d84e029&groupId=19231)
7. DE ESPAÑA, J. C. I. R. (2008). LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA («BOE núm. 274/x, de 15 de noviembre de 2002»).
8. de la UNESCO, A. G. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
9. INSGENAR (2003). Con todo al aire 1. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario: Argentina.
10. Santos, P, et al (Abr, 2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad en SES.
11. Villaverde, M (2006). Salud Sexual y Procreación Responsable. Jurisprudencia. Buenos Aires: Argentina, 31-32
12. Disponible en Internet: <http://elpartoesnuestro.es/blog/2014/11/25/el-parto-es-nuestro-crea-el-observatorio-de-violencia-obstetrica>
13. Española, C. (1978). de 27 de diciembre. Boletín Oficial del Estado (España), 311, 29: 29313-424.
14. Declaración y Programa de Acción (1993). Viena: Austria.



15. Cavallo G. El principio del interés superior del niño y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Estudios constitucionales: Rev CEC. 2008; 6.1; 9
16. Sánchez, S. B. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata, (18), 93-111.
17. Ley N° 25.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido (2004). Honorable Congreso de la Nación Argentina. En: BO N° 30489.
18. Argentina, Senado y Cámara de Diputados de la Nación (2009). Ley n° 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
19. Senado aprueba sancionar violencia obstétrica (Abr, 2014). Senado de la República Mexicana. Coordinación de comunicación social. Comunicado-749. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violencia-obstetrica.html>
20. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica (1996). Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo OMS Ginebra. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Disponible en Internet: [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)
21. Tanday, S (2004). Midwife-led units safest for straight forward births. Disponible en Internet: <http://www.nice.org.uk/news/article/midwife-led-units-safest-for-straightforward-births>
22. INSGENAR (2008). Con todo al aire 2. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario: Argentina.
23. Estadística de Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). (2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
24. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto (2015). Disponible en Internet : [www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
25. Estadística de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) (2011). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
26. Euro-Peristat (2013). European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.
27. Recio, A. (2006). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata, (18), 13-2
28. Informe del Estado de Situación de la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Observatorio de Salud de las Mujeres.
29. Disponible en Internet: <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=9546832&DocumentID=CD003766>
30. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (2008). Ministerio de Sanidad y Consumo