

LA ATENCIÓN DEL PARTO: PODER, DERECHOS, VIOLENCIA

CHILDBIRTH CARE: POWER, RIGHTS, VIOLENCE

Alejandra Aguirre Crespo¹, Beatriz Martínez Ramírez², Karla Rivero³, Carmen Lucía Blancas Mari⁴, Saúl David Badillo Perry², Lourdes González Borge², Juan Manuel Marzuca Hoyos⁵

RESUMEN.

El nacimiento de un nuevo ser es un reto para la mujer y su hijo: por su naturaleza es doloroso y en ocasiones pueden existir riesgos para ambos. La mayoría de las veces la mujer necesita asistencia médica, generalmente en hospitales. En este ambiente, ella debe insertarse rápidamente en una dinámica que desconoce, de lo contrario, puede vivir situaciones adversas y hasta violentas. La atención institucional del parto, puede ser un evento en el que exista asimetría de poderes; la mujer queda subordinada al proveedor de servicios y la participación en su parto puede resultar ser casi nula. Actualmente, se propone considerar la participación activa de la mujer en su parto como el ejercicio de sus derechos y un paso más para poder promover una relación médico-paciente más equilibrada. Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la violencia obstétrica; como una forma de violencia contra la mujer en el campo de la salud reproductiva, la cual es muy poco conocida y analizada; sin embargo, en algunos países y estados de México es considerada como delito.

Palabras clave: Violencia institucional, parto, violencia obstétrica, derechos sexuales y reproductivos.

ABSTRACT.

The birth of a new child is a challenge for the woman and her son: by its nature it is painful and sometimes there may be risks for both. Most of the time the woman needs medical care, usually in hospitals. In this environment, she must be quickly inserted into a dynamic unknown, otherwise she can live adverse situations and even violent. The institutional care



of childbirth can be an event in which there is asymmetry of power; the woman is subordinate to the service provider and the participation in childbirth to be almost zero. Currently, intends to consider the active involvement of women in childbirth as the exercise of their rights and one further step to promote a medical-patient relationship more balanced. We conducted a literature search obstetric violence, as a form of violence against women in the field of reproductive health, which is very little known and analyzed, however, in some countries and states of Mexico is considered a crime.

Keywords: Institutional violence, delivery, obstetric violence, sexual and reproductive rights.

INTRODUCCIÓN.

Parir, puede ser considerado un evento importante y trascendental en la vida de una mujer. Para muchas mujeres es un evento importante y crítico en su vida, sin embargo puede tornarse complejo y adverso para su cuerpo y mente; y también para su hijo, al punto de poder perder la vida. ⁽¹⁾ Para la mayoría de las parejas, la llegada de su hijo, puede ser concebida como uno de los momentos más importantes en su vida personal y de familia. Luego de casi nueve meses de espera, llega el momento de parir, la madre tiene sentimientos y emociones de diversa naturaleza. En este momento el hijo ya no será una imagen, ahora será un ser real. Madre e hijo viven un momento llamado **parto** (del latín antiguo “*partus*” que

¹ Profesora de tiempo completo. División de Ciencias de la Salud. Departamento de Salud Pública y Epidemiología. Universidad de Quintana Roo.

² Profesor(a) de la División de Ciencias de la Salud. Universidad de Quintana Roo.

³ Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo.

⁴ Estudiante de la Licenciatura en Medicina. División de Ciencias de la Salud. Universidad de Quintana Roo

⁵ Especialista en Medicina Materno Fetal. Hospital Materno Infantil Morelos. Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo.

Correspondencia: Alejandra Aguirre Crespo. Universidad de Quintana Roo. Boulevard Bahía S/N, esquina Ignacio Commonfort. Colonia del Bosque, Chetumal, Quintana Roo. C.P. 77019. Correo electrónico: alas_jungla@hotmail.com, aleaguirre@uqroo.mx

significa “dar a luz”). En este momento, la madre puede llegar a sentir miedo de separarse de su hijo, algunas, piensan que pueden perder la capacidad de protegerlo, o perderlo.⁽²⁾

La experiencia particular del momento del parto, sufre un cambio radical desde mediados del siglo diecinueve, debido a los nuevos procesos de tecnificación de la medicina que pasan a ubicar a la parturienta ya no en un lugar central, sino en un lugar de subordinación en relación con los profesionales de la salud encargados, ahora, de dirigir este momento. El profesional especialista se apropia del lugar de saber (y de poder) y cuenta con la legitimación técnica y el prestigio social necesarios para afirmarse en su nueva condición. La institucionalización de los procesos reproductivos desplaza a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo, en el momento del parto e incluso durante el puerperio, lugar que pasa a ser ocupado por la autoridad del saber profesional.

Las ciencias de la salud comparten con el resto de las ciencias su propósito de control sobre los procesos naturales. Si bien resulta ingenuo no reconocer los innegables beneficios que los avances en este campo han logrado conquistar, las prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres.⁽³⁾

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó una revisión bibliográfica delimitada, para recuperar documentos cuyo objetivo versara sobre violencia obstétrica. La búsqueda de la bibliografía se desarrolló a partir de libros, revistas, sitios electrónicos especializados en el tema, publicados de 2008 a 2013. Se seleccionaron documentos en inglés, español y portugués, de los cuales se recuperó información sobre aspectos históricos, definiciones, caracterización del fenómeno en ambientes hospitalarios, relación médico-paciente en la atención del parto, recomendaciones de organismos internacionales sobre la atención humanizada del parto. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda en bases de datos especializadas fueron: atención, parto, parto violento, violencia,

violencia obstétrica, parto humanizado, recomendaciones de OMS atención del parto. A partir de éstos se obtuvieron 57 citas. Los criterios de selección fueron: documentos publicados en los idiomas y tiempo mencionados y que abordaran los planteamientos descritos, se dio lectura a los resúmenes y se seleccionaron 38 documentos (libros y artículos), que fueron leídos en su versión extensa. Se incorporaron libros y artículos de fechas no recientes, sin embargo, fueron considerados por ser documentos que apoyaban la descripción del fenómeno. A partir de la revisión se recuperó información que permitió la construcción del documento final.

La atención obstétrica, la relación médico-paciente y la desigualdad de poderes.

La atención médica del parto es un momento, en algunas ocasiones, en el que ocurre el primer contacto entre el proveedor de servicios de salud y la paciente. Aquí inicia la tan nombrada relación médico-paciente. Para otras mujeres, posiblemente esta relación dio inicio tiempo atrás. Esta relación puede ser calificada por la paciente desde “buena” hasta “mala”.⁽⁴⁾ Este momento es histórico para la vida de las mujeres que se encuentran en espera del nacimiento de su hijo, en este momento la mujer es susceptible de vivir diversas complicaciones orgánicas propias del trabajo de parto como problemas en la contracción uterina (distocia de contracción), hemorragia obstétrica, (secundario a atonía uterina, hipotonía uterina, desgarros), entre otros,⁽⁵⁾ y también ser sujeto de violencia física, emocional o simbólica,^(6,7) dada la posición de los personajes que intervienen en el acto: parturienta-médico (subordinación de la mujer con respecto al médico).⁽⁸⁾

En este sentido, la presencia y participación de la parturienta en el campo médico, resulta una compleja y hasta problemática situación, dado que debe incorporarse a la actividad “disciplinaria” imperante en los centros hospitalarios o prestadores de servicios de salud,⁽⁹⁾ bajo este esquema, los médicos esperan que la mujer sea *obediente y conforme*. Al documentar la percepción que tienen las mujeres usuarias de los servicios médicos de salud reproductiva sobre estas prácticas, resulta

no siempre satisfacer sus necesidades. Esta condición de asimetría de poderes, es uno de los factores que puede dar origen a conductas violentas dirigidas a la mujer.⁽¹⁰⁾

La violencia en términos generales se identifica como una conducta aprendida, repetitiva y también un grave problema social con múltiples efectos negativos en el sujeto y en la sociedad. Existen documentados diversos tipos de violencia, una de ellas es la violencia de género. La violencia de género se reconoce como un problema de salud pública, de derechos humanos y de justicia social. El atributo central de la violencia de género es que se trata de la violencia que se ejerce hacia



las mujeres por ser mujeres.⁽⁹⁾ Se trata de formas específicas de violencia (sexual, psicológica, emocional, física) basadas en las estructuras de desigualdad de género que se legitiman por medio del conjunto de normas y creencias que constituyen a las mujeres como subordinadas a los hombres.^(11,12)

El problema de la violencia de género es complejo, entendiendo complejidad

como la interacción de una multiplicidad de elementos involucrados, entre los que se encuentran factores culturales, sociales y psicológicos, además de una serie de actores que participan de manera activa o pasiva en las dinámicas de violencia.

Hasta hace algunas décadas se empezó a analizar la experiencia del nacimiento bajo esta óptica; y surge el concepto de violencia obstétrica, considerada como un tipo de violencia de género y simbólica.⁽¹³⁾ Este poder simbólico que ostenta y detenta el campo médico, hace creer tanto a dominantes como a dominados que es *necesario* entregarse a las indicaciones médicas (la mujer), bajo la premisa de tener una *buena* atención médica (médicos). Y



confiar ciegamente en que el médico hace su trabajo y debe dejar hacerlo aun a pesar de no estar conforme con el trato, con la explicación, si acaso se da.

Se entiende por violencia obstétrica, *toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres,*

expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”^(14,15) así mismo, también existe el concepto de violencia obstétrica psíquica que incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.⁽¹⁴⁾

La violencia obstétrica, los derechos humanos y la ciudadanía.

En 1994 en El Cairo, se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo,⁽¹⁶⁾ en ésta se generó una nueva propuesta del concepto de “salud reproductiva”. La nueva propuesta incorporó de una manera más global los diversos aspectos que conforman la vida sexual y reproductiva y la vinculación con los derechos humanos. En este sentido, la salud reproductiva considera el derecho a la salud sexual, la cual debe ser segura, satisfactoria y sin riesgos. Incluye también el acceso a métodos de planificación familiar, la libre elección y utilización de éstos, así como, el acceso a servicios de salud adecuados que ofrezcan una atención digna y de calidad, durante el embarazo, parto y puerperio sin riesgos y que garanticen las mejores condiciones para el nacimiento de los recién nacidos.^(15, 17,18)

Lo anterior implica cambios en la prestación de los servicios de salud, que sean realizados con calidad e incorporar el concepto de ciudadanía, ésta se refiere a la condición de los individuos que, en razón de pertenecer a una comunidad política determinada gozan de derechos que pueden y/o deben ejercer, así como, ciertas obligaciones que deben cumplir con el objetivo de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen.⁽¹⁹⁾

La propuesta surge de Marshall (1950), quien distingue tres dimensiones: la civil, política y social. Esta última es la que incluye, entre otros, el derecho a tener acceso a los servicios de salud y a recibir una atención con plena autonomía y dignidad. En el área de la salud sexual

y reproductiva, el concepto de ciudadanía reviste importancia ya que permite a la mujer ejercer su derecho a recibir una atención médica libre de autoritarismos y atropellos, por parte de los proveedores de servicios de salud, especialmente en el caso de las mujeres embarazadas. En el escenario de la atención obstétrica, las usuarias de los servicios de salud, en tanto ciudadanas, el médico, las “construye” como pacientes, personaje ubicado en la escala más baja de la jerarquía del campo médico, de quienes se espera, su colaboración y acatamiento de las ordenes médicas, sin mayor cuestionamiento.^(17,18)

El modelo médico hegemónico.

Tradicionalmente la práctica médica se ha desarrollado al ver la salud fragmentada por aparatos y sistemas, lo que conduce a una especialización en la práctica clínica y una fragmentación del conocimiento y del ser humano. Esta forma de ver la salud dificulta en el médico visualizar que el individuo se encuentra inserto en un contexto.

Este modelo brinda al médico la capacidad de definir qué es sano y qué es enfermo en una sociedad, y también la facultad de intervenir sobre ambos, esta es una de las herramientas más poderosas y peligrosas que el saber médico tiene en sus manos.

De acuerdo con Bronfman⁽²⁰⁾ “la vocación de curar aparece como incuestionable en la investidura profesional del médico y se convierte en una condición suficiente, desde la perspectiva de muchos médicos, para garantizar la calidad de la atención” en este sentido, para muchos prestadores de servicios la calidad de la atención se traduce en elementos relacionados con problemas de la organización, normatividad y recursos, dando menor importancia a la capacitación del personal y a la actitud que el prestador de servicios brinda frente al usuario.

Ante este planteamiento, de acuerdo con los resultados obtenidos por este autor, surge la necesidad de sensibilizar a los médicos sobre la forma en la que los perciben los usuarios y los motivos para alcanzar un trato igualitario y humanitario en esta relación médico-paciente, independientemente del motivo de atención que demande el o la usuaria de los servicios de salud.

Aunado al modelo médico imperante,

se suman otros factores que limitan una atención de calidad en las salas de parto, como por ejemplo, el elevado número de pacientes que el médico debe atender, lo que limita la duración de la atención, el limitado tiempo para realizar todos los procedimientos requeridos a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados. Otros elementos son las deficiencias en la organización de los servicios, limitados recursos materiales y humanos disponibles que afectan las condiciones de trabajo, lo anterior genera descontento entre las usuarias de los servicios y por lo tanto, desde su perspectiva, la calidad de la atención recibida es limitada. Sin embargo, estos factores no justifican que el proceder del proveedor de servicios de salud sea mecánico, indiferente y deshumanizado.

Las políticas públicas y sistemas normativos en torno a la atención obstétrica.

En este sentido y como parte de la política internacional del Nacimiento Humanizado, en 1985, la Organización Mundial de la Salud emitió una recomendación encaminada a difundir las opciones que existen para parir: *“toda la comunidad debe ser informada sobre los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.”*⁽²¹⁾

Venezuela fue el primer Estado en América Latina en tipificar la violencia obstétrica en el año 2007. El artículo 51 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela,⁽²²⁾ establece:

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarla o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento

voluntario, expreso e informado de la mujer.

5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

México cuenta con la Norma Oficial Mexicana (NOM) 007 de atención del embarazo parto y puerperio y atención del recién nacido,⁽²³⁾ y la Guía de práctica clínica “Vigilancia y manejo del parto” del Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08,⁽²⁴⁾ la guía de práctica clínica “Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención” del Catálogo maestro: SSA-218-09,⁽²⁵⁾ documentos que consideran en su contenido las recomendaciones internacionales de la OMS desde 1985 en torno a la atención humanizada del parto, sin embargo, no consideran en su contenido el concepto de violencia obstétrica.

DISCUSIÓN.

La obstetricia contemporánea medicalizada dispone de una serie de técnicas y tecnologías que permiten brindar cuidados efectivos alrededor del parto. Sin embargo, investigaciones científicas cuantitativas y cualitativas, de corte nacional e internacional,^(6, 26, 27) reportan una distancia entre los hechos y el discurso. La formación médica actual apunta a la resolución pronta y efectiva de problemas de salud, en este proceso, el personal médico tiende a evitar cuestionamientos de su proceder y limitar el contacto afectivo con su paciente.

En la atención del parto, el médico, desde la postura del modelo médico hegemónico, tiene que controlar lo incontrolable, de un proceso natural que es vivido en el cuerpo de una mujer. En este proceso de atención puede llegar a “recalificar” el dolor de otro cuerpo.^(28,29)

La propuesta actual para la obstetricia se dirige a la atención humanizada y respetada del parto, tanto corporal, psicológico y de derechos humanos y reproductivos,^(29, 30) producto de esto, la atención del parto ha sido evaluada. Con respecto al tema de cuidados técnicos y relacionales, Mosallam⁽³¹⁾ reportó que a las parturientas les agrada ser acompañadas de un médico, dado que les representa seguridad; sin

embargo, al evaluar la satisfacción de las pacientes^(32,33) se observó que ésta depende del apoyo emocional que brindó el equipo de salud durante el parto (empatía, compasión, palabras suaves, de elogio y hacerla partícipe del proceso).^(34, 35) Cuando la satisfacción de la mujer es positiva, se documentó que ésta, es un factor que hace posible mejorar la imagen institucional.⁽³³⁾

Desde la propuesta de la obstetricia humanizada, se recomienda la presencia de un familiar durante el parto;^(33,34,35) se ha reportado que contar con este apoyo también es un indicador de buena calidad de atención institucional.

La participación activa de la madre en su parto, se reporta⁽³⁸⁾ que permite tener control y confianza en sí misma y de su propio proceso, cuando sucede lo contrario, llegan a sentir rabia y enojo, dado que se sienten mal atendidas por un equipo incompetente.⁽³⁶⁾

La OMS⁽³⁰⁾ en su “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave” menciona que el abuso por parte de los prestadores de salud constituye una forma de violencia contra la embarazada y se convierte en una barrera de acceso a los servicios de salud.^(26,30) En México, es un fenómeno poco estudiado, sin embargo, existe un estudio realizado en el estado de Morelos⁽⁶⁾ que documentó la violencia contra las mujeres al parir. Se observó que el personal más violento fueron médicas y enfermeras (40 y 30% respectivamente) y médicos (23%), cerca de 30% reportó maltrato verbal, 8% reportó maltrato físico y 29% abuso total.

Esta evidencia científica, invita a médicos, enfermeras y prestadores de servicios de salud involucrados en la atención del parto a reflexionar y analizar su proceder profesional. La calidad en la atención también involucra el humanismo, no solo es el dominio de los aspectos técnicos. Existen elementos descritos que los invitan a que permitan la participación activa de la mujer en uno de los eventos más sensibles de su vida, son sujetos históricos, inteligentes, capaces de tomar decisiones al momento de parir. Si se diera este cambio en la atención del parto, representaría una transformación social y política, y se llevaría a la realidad el ejercicio de la equidad de género.

CONCLUSIÓN.

Bajo el modelo médico hegemónico, el proveedor de servicios de salud legitima su proceder clínico, de manera que, resulta complejo que ellos mismos identifiquen como un acto violento aquella acción que forma parte de su rutina de atención en las salas de labor y parto. Resulta imperante que las instituciones en las cuales se brinden servicios de atención obstétrica, reflexionen sobre la calidad de la atención brindada a la mujer durante el parto; que tomadores de decisiones se informen, se actualicen e incorporen estrategias que fomenten la atención humanizada del parto, y que el prestador de servicios se permita practicar nuevos esquemas (documentados) de atención de parto y eviten un trato mecanizado y rutinario del mismo, que en muchas ocasiones, los procedimientos rutinarios pueden ser

innecesarios y hasta riesgosos para la vida de la madre y del recién nacido. Se observa que la participación de la mujer embarazada en la toma de decisiones en el momento de parir es marginal y en muchas ocasiones casi nula. En este sentido resulta relevante que la mujer se documente y apropie de información sobre sus derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, derechos como paciente y como ciudadana, con el fin de participar activamente en el evento en el que ella es el eje central de la atención de salud. En este tenor, el proveedor que atienda a mujeres empoderadas que cursan su trabajo de parto ejerciendo sus derechos, visualicen esta participación activa como un derecho que tiene la mujer y no como actos que alteren la disciplina hospitalaria. Un elemento central en la planeación y ejecución de nuevos cambios implica que

directivos y personal operativo conozcan y utilicen los instrumentos oficiales, construidos bajo evidencia científica, en torno a la atención del parto, y las incorporen a su práctica clínica y asuman un cambio actitudinal positivo. En relación con el tema de la formación de recursos humanos en salud, especialmente del área médica y de enfermería, se identifica como necesaria la incorporación de la visión sociológica y antropológica de la atención obstétrica tanto en el currículum a nivel de la licenciatura como de especialización gineco obstétrica. Es necesario dejar de ver a la mujer embarazada como un sujeto enfermo, dado que el parto es un evento fisiológico, en el cual se pretende, de acuerdo con las recomendaciones internacionales de la OMS, que el personal médico sea un apoyo en el nacimiento de un nuevo ser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- García Vazquez I, Moncayo Cuagliotti SE, Sanchez Trocino B. El parto en México, reflexiones para su atención. CONCYTEG 2012; 7 (84): 811-844.
- Ariza Riaño NE, Herrera Giomar R. El parto sin violencia: un compromiso de vida. Rev. Salud. hist. sanid. on-line 2012; 7(1):43-60.
- Belli Laura. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Rev. Redbioética UNESCO on-line 2013 1(7):25-34.
- Duran González LI, Pavón Leon P, Gogeoascoechea Trejo MC. Calidad de la atención en un hospital universitario. Revista médica de la Universidad Veracruzana 2007; 1 (1).
- Cunningham Williams. Obstetricia. 23va ed. México, Mc Graw-Hill 2011.
- Valdez Santiago R, Hidalgo Solorzano E, Mojarro Iñiguez M, Arenas Monreal LM. Nueva evidencia aun viejo problema: el abuso de las mujeres en la sala de parto. CONAMED 2013 18; (1):14-20.
- Aguirre JM. Violencia institucional em maternidades públicas: hostilidades ao invés de acolhimento como una questao de género [tesis]. Sao Paulo: Facultad de Medicina; 2010. Acceso [21-06-2013] Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde21062010-175305/es.php>.
- Bourdieu P, Wacquant L. Una invitación a la sociología reflexiva. 2005 Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castro R. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un sentido sociológico sobre los conflictos en el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. Acceso [5 febrero 2013] Disponible en: http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2010/Roberto_Castro/3_Habitus_profesional_ciudadania.pdf
- Mesa, Serrana, Viera Mariana. El cuerpo médico. Género, Cuerpo y Sexualidad, Montevideo Uruguay 2008. FHCE-UDELAR. Acceso [20 enero 2013] <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf>
- Villegas Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. Revista venezolana de estudios de la mujer Caracas 2009; 14 (32): 125-146.
- Aguirre Crespo A, Gutiérrez Martínez AP, Martínez Ramírez B, Badillo Perry SD, Barrios de Tomasi J, Aguirre Crespo FJ. Mujeres mayas, género y violencia: un acercamiento a la realidad indígena. Revista Salud Quintana Roo 2009; 12-15.
- Bourdieu 2000. Sobre el poder simbólico. Acceso [7 enero 2013] Disponible en: http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/c_tribuna/TL-Alonso-lenguaje.PDF
- Medina G. Violencia obstétrica. Acceso [6-05-2013] Disponible en www.graciamedina.com/asset.
- Camacaro Cuevas M. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la práctica obstétrica. Revista venezolana de estudios de la mujer Caracas 2009; 14 (32): 147-162.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, El Cairo, Egipto.
- Castro R, Erviti J. La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: Un estudio introductorio. En: B. Rico, M.P. López y G. Espinoza (coords.). Hacia una política de salud con enfoque de género. 2002. México. SSA-UNIFEM Pp 245-263.
- Castro R, Erviti J. Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico. Health and human rights. 2003; 7 (1):90-110.
- Hindes B. Neo-liberal citizenship. Citizenship studies 2002; 6(2): 127-143.
- Bronfman M, Castro R, Zuñiga E, Miranda C, Oviedo J. Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Salud Pública de México. 1997; 39 (6):1-8.
- Organización Mundial de la Salud (1985). *Recomendaciones de la OMS para el nacimiento. Declaración de fortaleza 1985*. OMS.
- Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en Venezuela 2007. Acceso [3 marzo 2013] Disponible en: <http://www.cicpc.gob.ve/files/documentos/mujer.pdf>
- Secretaría de Salud de México. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Guía de vigilancia y manejo del parto, México: Secretaría de Salud; 2009.
- Guía de vigilancia y manejo del parto en el segundo nivel, México: Secretaría de Salud; 2009.
- Diniz SG, D'Oliveira AF. Gender violence and reproductive health. International Journal of Gynecology & Obstetrics 1998;63 Suppl 1: S33-S42.
- Aguirre JM, D'Oliveira AFL. Institucional violence in public maternity hospitals: the women's view: Interface-Comunic., Saude, Educ 2011; 15 (36):79-91.
- Magnone Aleman N. los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una Mirada desde la perspectiva de la Humanización.
- Bravo VP, Uribe T C, Conteras M A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada de las madres. Rev Chil Obstet Ginecol 2008; 73 (83):179-184.
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 63 Sesión del Comité Regional. 2011.
- Mosallam M, Rizk DEE, Thomas L, Ezimokhai M. Women's attitudes toward psychosocial support in labour in United Arab Emirates. Archives of Gynecology and Obstetrics 2004; 269 (3):181-187.
- Chen CH, WaNg SY, Chang MY. Women's perception of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: a study in Taiwan. Birth 2001;28(3):180-185.
- Harriot EM Williams TV, Peterson MR. Childbearing in US military hospital: Dimensions of care affecting women's perceptions of quality and satisfaction. Birth 2005;32(1):4-10.
- Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. Midwifery 2006;22:240-248.
- Homer CSE, Davis GK, Cooke M, Barclay LM. Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomized controlled trial in Australia. Midwifery 2002;18(2):102-112.
- Mozingo JN, Davis Mw, Thomas SP, Droppelman PG. "I felt violated": Women's experience of childbirth-associated anger. MCN The American Journal of Maternal Child Nursing 2002;27(6):342-348.
- Martell LK. Postpartum women's perceptions of the hospital environment. J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32(4):478-85.
- Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: Concepts, correlates and consequences. Birth 2003;30 (4): 235-247.