

Bioética de la relación asistencial: El modelo deliberativo como propuesta frente a la falta de respeto, el maltrato y la violencia obstétrica en atención al parto*

Josefina Goberna-Tricas

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
ADHUC.

Centro de Investigación Teoría, Género, Sexualidad
Universitat de Barcelona
jgoberna@ub.edu

Bioethics of the Care Relationship: The Deliberative Model as a Proposal against Lack of Respect, Abuse and Obstetric Violence in Childbirth Attendance

ISSN 1989-7022

RESUMEN: Durante las últimas décadas los modelos de atención al nacimiento fueron cuestionados. En 2008, el Ministerio de Sanidad y Consumo español publicó la "Estrategia de atención al parto normal". En relación al respeto a la autonomía de las mujeres se han promovido los denominados "planes de parto". A pesar de estos cambios sigue produciéndose descontento por parte de grupos de usuarias que denuncian atención inadecuada e irrespetuosa y cada vez se usa con mayor profusión el término "violencia obstétrica".

La aplicación clínica de un modelo de comunicación deliberativo, que reconozca el principio de autonomía de la mujer en la toma de decisiones, puede ser elemento clave en la mejora de la satisfacción materna y ayudar a potenciar la responsabilidad de madres y profesionales, disminuyendo las prácticas jerárquicas y patriarcales catalogadas como violencia obstétrica. Pero este modelo no es posible si no existe un compromiso desde la propia organización sanitaria.

PALABRAS CLAVE: bioética; violencia obstétrica; atención al parto; trato irrespetuoso y abusivo a las mujeres en el parto

ABSTRACT: Childbirth care models have begun to be questioned in recent decades. In 2008, the Spanish Ministry of Health and Consumer Affairs published its "Strategy for normal birth care". In relation to respect for women's autonomy, the design of "birth plans" has been promoted. Despite these changes, groups of users continue to express their discontent and occasionally report receiving inadequate and disrespectful care. The term "obstetric violence" is being used more and more widely.

The clinical application of a model of deliberative communication, which recognizes the principle of women's autonomy in decision-making can be a key element in improving maternal satisfaction, enhancing the responsibility of mothers and professionals, and reducing the hierarchical and patriarchal practices classified as obstetric violence. But this model can only be implemented if there is a commitment from the health organization itself.

KEYWORDS: bioethics; obstetric violence; childbirth attendance; disrespect and abuse during childbirth

1. Introducción

Históricamente los partos eran atendidos en domicilios por matronas que mayoritariamente se habían formado de forma empírica gracias a la transmisión oral entre matrona y alumna. En Europa esta tendencia empezó a cambiar a partir del siglo XVI; en el seno del pensamiento humanista médico del Renacimiento aparecieron algunos interrogantes sobre la necesidad de dejar de considerar el nacimiento como un hecho espontáneo y se empezó a plantear la posibilidad de intervenciones técnicas, enérgicas y decididas, para modificar y mejorar el proceso natural. (Grmek, M.D., 1999). Ya en pleno siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, la institucionalización del parto en el entorno hospitalario y la medicalización de los servicios de atención a la maternidad pasaron a ser un fenómeno global que afectó a todos los países occidentales legitimándose bajo el argumento de la seguridad y los buenos resultados obstétricos. (Terré, C., 1997), Durante las últimas décadas del siglo XX los modelos medicalizados de atención al nacimiento se empezaron a cuestionar, generándose un

* Este trabajo se inscribe en el proyecto de Investigación 2016ACUP 083 "Prevención y detección de las violencias de género durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obstétrica". La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha estado impulsada por RecerCaixa.



Received: 15/10/2017
Accepted: 02/11/2017

intenso debate internacional que generó una nueva tendencia en relación a la forma en que debía atenderse el nacimiento cuando embarazo y parto se desarrollaban con normalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró en 1985 en Fortaleza (Brasil) una conferencia sobre el uso de las Tecnologías apropiadas para la atención al parto. En el año 1998, en Venecia, se organizó “El Taller de Cuidados Perinatales”, en el que la Oficina Regional Europea de la OMS desarrolló 10 principios para proteger y apoyar un cuidado perinatal efectivo en el contexto europeo. Estos principios indicaban que la atención sanitaria al parto debía ser: 1.- No medicalizada, 2.- Basada en la tecnología apropiada, 3.- Fundamentada en evidencias científicas, 4.- Regionalizada, 5.-Multidisciplinaria, 6.- Integral, 7.- Centrada en las familias, 8.- Apropiada culturalmente, 9.- Que tuviera en cuenta la toma de decisiones de las mujeres y 10.- Respetuosa con la privacidad, la dignidad y la confidencialidad.

En España este movimiento de demanda de cambios en la atención al parto se inició en 2006 cuando el Informe del Defensor del Pueblo se hizo eco de la petición de un significativo número de personas que solicitaban la utilización de procedimientos naturales, sin aplicación de medios técnicos, si no era necesario, durante la dilatación y el parto. En este mismo informe el Defensor del Pueblo aconsejaba la implementación de un protocolo para la atención de partos naturales, no medicalizados, al que se pudiesen acoger las mujeres/parejas que lo desearan, siempre que no existiesen factores de riesgo obstétrico que lo desaconsejaran.

En 2007 *el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* editó el “Protocol per a l’assistència natural al part normal” y en 2008, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el Documento de “Estrategia de atención al parto normal”. Entre los objetivos del mismo se encuentra “Ofrecer cuidados individualizados, basados en la evidencia científica, y adaptados a las necesidades de cada mujer, así como la incorporación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto”.

Observamos por tanto dos puntos fundamentales en los cuales se fundamenta este cambio de modelo asistencial propuesto:

- a) Prestar cuidados individualizados basados en la evidencia científica
- b) Incorporación activa de la gestante en la toma de decisiones informadas

2. El trato irrespetuoso hacia las mujeres y el concepto de “violencia obstétrica”

En relación a la mejora en la aplicación de prácticas y cuidados fundamentados en la evidencia científica, en 2010, el Ministerio de Sanidad y Bienestar social editó la “Guía de de Práctica clínica

para la atención al parto normal”, en que se recogen las mejores evidencias científicas en relación a los cuidados durante el parto y en la atención al recién nacido. Aunque ya llevamos 7 años desde la implantación de la citada guía, y a pesar de todos los cambios y mejoras promovidos por parte de las autoridades sanitarias en relación a la atención al nacimiento, sigue produciéndose descontento por parte de grupos de usuarias que siguen denunciando una atención inadecuada e irrespetuosa y cada vez se usa con mayor profusión el término “violencia obstétrica”.

La violencia Obstétrica fue definida y tipificada como delito en Venezuela en 2007 y otros países de Sudamérica como Argentina, algunos estados de México y Brasil, han incorporado dicho delito en su legislación. La violencia obstétrica se definió en la legislación venezolana, en la Ley orgánica de 19 de marzo 2007 sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, Gaceta Oficial. n.38, 647 (19 mayo, 2007), reformada en 2014, que define la violencia obstétrica 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 e impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

En 2011, *The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood* publicó un informe relacionado con la atención respetuosa a la maternidad en la que se pretendía poner en evidencia una focalización exclusivamente biológica del concepto de “maternidad segura” dirigido exclusivamente a la mejora de las cifras de mortalidad materno infantil, olvidando que la maternidad constituye un rito de paso, con profundos significados culturales y personales. En dicho documento se enfatizaba en la necesidad de contemplar los derechos de las mujeres durante embarazo y parto, respetando su autonomía, dignidad, sentimientos, elecciones y preferencias. El informe supuso una denuncia de la atención impersonal, no respetuosa e incluso agresiva de muchos servicios de obstetricia que abusaban de la situación de vulnerabilidad de las mujeres durante embarazo y parto. Según Olza (2008, 3):

“Es en el momento del parto cuando más daño le pueden hacer a una mujer comentarios, gestos o incluso miradas que en otro momento vital tal vez no le hubieran afectado lo más mínimo. Precisamente por esa vulnerabilidad intrínseca al parto el impacto del maltrato es significativamente mayor”.

3. La toma de decisiones. El respeto al principio de autonomía

Como se ha mencionado en España se publicó en 2010 la guía de práctica clínica para la atención al parto normal, en la cual se evalúan las diferentes técnicas y prácticas sanitarias de atención al parto, en este mismo sentido se ha realizado formación a los profesionales sanitarios, especialmente a las matronas, con el fin de incidir en la formación

continuada de los profesionales para que integren en su quehacer diario aquellas prácticas mejor avaladas por las evidencias científicas y la erradicación de aquellas otras desaconsejadas; en este sentido se han producido importantes mejoras. El número de partos instrumentados con aplicación de fórceps han disminuido significativamente en el periodo comprendido entre 2007 y 2012 (Escuriet,, et al., 2015) Pero podemos preguntarnos ¿En el imaginario sanitario se ha impuesto una mirada centrada exclusivamente en los aspectos exclusivamente biológicos del proceso de parto traduciéndose en considerar que una “asistencia respetuosa y humanizada” al proceso del parto se manifiesta única y exclusivamente como respeto a la fisiología del proceso fisiológico? ¿Se ha prestado atención a lo que significa una atención centrada en la mujer? ¿Se tiende a pensar que una aplicación sistemática de las guías de práctica clínica significa también el respeto a la libertad de decisión y a la capacidad ética y moral de la mujer en la toma de sus propias decisiones?

El reconocimiento de la participación activa del usuario en el sistema sanitario viene recogido en el reconocimiento del principio de autonomía de los pacientes en la toma de decisiones. Se trata de un derecho respaldado por el marco legal vigente en España mediante la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, donde se recoge, entre otros aspectos, que todos los pacientes deben recibir información relacionada con su proceso. En base a esta información, los pacientes deben tomar sus propias decisiones.

En relación a la toma de decisiones y el respeto a la autonomía de las mujeres durante el proceso de parto se han promovido los denominados “planes de parto”. El plan de parto es definido por el Grupo de Trabajo creado en el seno de los Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2008, 3), como:

“un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento”.

El mismo documento añade

“...disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial”.

Poner el acento en las mujeres como seres vulnerables durante el proceso del parto puede parecer quererlas situar como seres sobre los que se actúa y a los que hay que ayudar, haciéndonos olvidar que las mujeres son sujetos con capacidad de agencia, resistentes y

resilientes, incluso en condiciones de violencia y vulnerabilidad. Pero la vulnerabilidad es intrínseca al ser humano, M^a Xose Agra (2013) argumenta:

“me parece importante retener que el reconocimiento de la condición de vulnerabilidad conlleva suscribir una ontología relacional frente al individualismo moderno basado en el yo soberano e independiente, que niega la relación y la dependencia, la interdependencia, y que, en definitiva, se expresa con toda su radicalidad del lado de la crueldad, la violencia y la guerra”

Es en este reconocimiento de la interdependencia y el acercamiento a una definición operacional de la “autonomía relacional” (Marsico, G., 2003), en lo que queremos poner el acento en este trabajo.

El documento editado por el grupo de trabajo del Comité Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad explica en relación al plan de parto:

“un plan de parto no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal”.

Todos los elementos anteriormente enumerados nos llevan a profundizar en la complejidad de las decisiones relacionadas con prácticas clínicas en el ámbito de la atención a embarazo, parto y puerperio. Conseguir un adecuado equilibrio entre el reconocimiento de la vulnerabilidad de las mujeres durante el parto respetando al mismo tiempo su derecho a la autonomía en la toma de decisiones teniendo en cuenta además que estas deben fundamentarse en aquellas prácticas avaladas por la evidencia científica nos lleva a poner el acento en el proceso de toma de decisiones y su abordaje en el seno de la relación asistencial.

4. La relación clínica y la toma de decisiones en atención al parto

Emanuel & Emanuel (2005) proponen cuatro modelos de relación asistencial en el seno de los cuales se desarrolla en mayor o menor medida y en diferente forma la autonomía del paciente; estos autores distinguen: 1) modelo paternalista en que no se tiene en cuenta la autonomía del paciente y el profesional sanitario actúa como tutor; 2) modelo informativo en que se proclama una clara distinción entre los hechos y los valores; el profesional debe aportar información objetiva sobre los hechos y el enfermo, tras recibir la información, decide en base a sus propios valores; 3) modelo interpretativo en el que el profesional además de informar actúa como consejero, ayudando al paciente a interpretar la información y decidir cuál de las posibles alternativas se ajusta mejor a su sistema de valores; 4) el deliberativo en que el profesional actúa como un amigo o un maestro y después de facilitar toda la información pertinente compromete al paciente en un dialogo deliberativo para establecer qué

curso de acción sería el más adecuado en cada caso. Victoria Camps (1995) resume estos 4 modelos en tres: a) el paternalista, el contractual y el fiduciario fundamentado en el diálogo y la confianza mutua.

Si bien el modelo paternalista gozó de una fuerte hegemonía durante años, actualmente no se considera un modelo de relación aceptable. Frente al mismo se posicionan los otros dos modelos de relación asistencial, en los cuales el reconocimiento de la autonomía del paciente se reconoce como fundamental; nos referimos a los modelos Informativo y deliberativo.

El modelo informativo se configura con la intención de superar las carencias del anterior modelo paternalista y se basa en una concepción del principio de autonomía comprendido en términos individualistas y contractuales. La función del sanitario se limita a informar de los riesgos y beneficios de los diferentes procedimientos y llevar a cabo la intervención finalmente escogida por el usuario. Esta clara división de roles se corresponde, a su vez, con la creencia de que es posible establecer una distinción entre “hechos” y “valores”. Es decir, se considera que los valores de una persona son conocidos por ella y están bien definidos; y que lo único que el usuario no conoce son los hechos, de los cuales el profesional debe darle la correspondiente información. Esta interpretación asume que el sanitario debe limitarse a transmitir y facilitar información y que el usuario no necesita acompañamiento, asesoramiento ni consejos, por parte de los profesionales, sino tan solo información y puesta en práctica. Se cae entonces en una práctica impersonal en la que el rol del profesional sanitario se asemeja al de un técnico-especialista y el usuario no se percibe como una persona singular, con unas particularidades propias.

De acuerdo con Piperberg, (2016) en este modelo la autonomía adquiere gran fuerza y la vulnerabilidad del usuario tiende a desaparecer. Según este modelo, los “vulnerables” son solamente aquellos que se definen por su incapacidad para decidir, aquellos no-competentes, mientras que, en todos los demás casos, los individuos pueden ser considerados en tanto que personas autónomas. Según este modelo una mujer embarazada, empleada, de clase media y con estudios superiores, no puede ser considerada una persona vulnerable.

Vulnerabilidad y autonomía se presentan –en este modelo– como conceptos excluyentes y por ello si el paciente es autónomo, hablar de vulnerabilidad no tiene verdaderamente sentido. Su aplicación, al pie de la letra, desde la toma de decisiones durante la cumplimentación del plan de parto hasta su realización efectiva en el momento del parto, puede dar lugar a descontentos y sentimiento de frustración;

En los últimos años se ha criticado mucho la idea de autonomía en la que se fundamenta el modelo informativo sobre todo porque no resulta adecuada a lo que se espera que sea la relación asistencial ni se corresponde tampoco con las diferentes realidades de los usuarios. El modelo deliberativo intenta, por lo tanto, evitar algunas de las críticas lanzadas a los modelos paternalista e informativo.

El modelo deliberativo presenta también una “división de papeles” pero la diferencia con el modelo informativo reside en que el resultado no es la suma de tareas independientes, sino de un trabajo conjunto, colaborativo, en el cual el diálogo tiene un papel central. El mismo respeto a la autonomía requiere que el sanitario haga recomendaciones y oriente al usuario a partir de su conocimiento, su experiencia, pero también y sobre todo basadas en una comprensión adecuada de los valores y objetivos de cada persona. El profesional sanitario incluso pueda llegar a intentar “persuadir” si ve que la decisión que está a punto de adoptar no es conveniente para ella, se basa en información que no es adecuada, etc. La persuasión no es, en este sentido, contraria a la autonomía como sí lo es la coacción o la imposición, sino que tiene que ver con la interpelación y el cuestionamiento. El usuario, por su parte, adquiere la responsabilidad de hacer saber al sanitario cuáles son sus deseos, expectativas y miedos. El diálogo y la deliberación se vuelven factores esenciales en la toma de decisiones. Los valores de las personas no se asumen como algo fijo e incuestionable – como presupone el modelo informativo– sino como valores cambiantes, dinámicos, sujetos a reconsideración y por eso el diálogo y la deliberación se vuelven factores esenciales en la toma de decisiones.

Esto no significa que el modelo deliberativo pretende menoscabar la autonomía del usuario. Se reconoce que la relación asistencial parte de unas estructuras de poder desigual y el objetivo es aumentar la autonomía y empoderamiento del usuario mediante aquello que se cree que es una interpretación más adecuada de la autonomía. Es decir, la finalidad es ayudar al usuario a escoger qué decisión tomar, teniendo en cuenta que la relación con los otros (familia, sanitarios) es fundamental en la promoción de la autonomía. El respeto a la persona y su autonomía implica, desde este enfoque, un compromiso mucho mayor por parte del personal sanitario, requiere, como mínimo: propiciar un espacio para el diálogo, implicación, dar la oportunidad al usuario de estar en desacuerdo, disentir y preguntar; y estar atento a la diversidad y al contexto particular.

Mientras la autonomía en el modelo informativo se comprende exclusivamente como auto-determinación, bajo el modelo deliberativo se concibe desde la relacionalidad. Esta crítica a una concepción individualista de la autonomía que devalúa la importancia

de las relaciones se encuentra con fuerza en las propuestas feministas, que plantean una reformulación del concepto en clave relacional, esto es, una autonomía relacional según la cual las relaciones personales y los vínculos sociales se presentan como algo esencial e inseparable de la persona y, por ende, de la capacidad de autonomía (Marsico, 2003; Piperberg, 2016).

5. La violencia institucional

La aplicación clínica de un modelo de comunicación deliberativo, que reconozca y promueva el principio de autonomía de la mujer en la toma de decisiones, puede ser un elemento clave en la mejora de la satisfacción materna en la atención al nacimiento; además ayudará a potenciar la responsabilidad de las madres y los profesionales disminuyendo las prácticas jerárquicas y patriarcales que pueden ser catalogadas como de violencia obstétrica. Pero es evidente que este modelo no es posible si no existe un compromiso no solo por parte de los sanitarios sino también desde la propia organización sanitaria que es la que determinan, en definitiva, los recursos disponibles por los sanitarios, el tiempo estipulado por visita médica, la formación en aspectos éticos y comunicativos etc.

Marques de Aguiar et al., (2013), nos proponen el término de violencia institucional, entendida como una transformación de una diferencia en la desigualdad de una relación jerárquica con el objetivo de explorar, dominar y oprimir a otro que es tomado como objeto de acción, teniendo su autonomía, subjetividad, comunicación y acción libres impedidas o anuladas.

En este sentido es fundamental tener en cuenta que la atención sanitaria medicalizada a la que hemos aludido al inicio de este capítulo se ha desarrollado bajo un modelo tecnocrático en el que la complejidad de la salud y su atención se han protocolizado. En consecuencia, y de acuerdo con Greenhalgh, Howick y Maskrey (2014), los pacientes pueden sentirse "tiranizados cuando la gestión clínica es inadecuadamente impulsada por algoritmos, protocolos, directivas impulsadas verticalmente de arriba hacia abajo y centrada en grupos poblacionales". Lokugamage y Pathberiya (2017), concluyen que, en algunos casos, estos protocolos pueden convertirse en grilletes para la autonomía de la mujer. Para superar este obstáculo Greenhalgh et al., proponen una aplicación individualizada de los protocolos, así como compartir decisiones a través de conversaciones significativas en el contexto de una relación clínica humanista y profesional.

6. A modo de conclusión

Los cambios promovidos hasta ahora encaminados a una mejora de las prácticas sanitarias de atención al parto teniendo en cuenta la mejor evidencia científica disponible y la promoción de modelos de atención respetuosos con la fisiología del parto, en el que se contemple embarazo y parto como procesos normales y fisiológicos constituyen sin duda avances importantes en una atención sanitaria al nacimiento, pero estos cambios deben enmarcarse en un contexto de mejora de la comunicación y de las competencias éticas, pero cualquier cambio en este sentido no puede promoverse única y exclusivamente mejorando las competencias de los profesionales entendido como un esfuerzo personal, sino que es fundamental que a su vez se intervenga en la cultura institucional de los servicios sanitarios: hospitales y paritorios.

Bibliografía

- Agra, M^a Xose, (2013): "Vulnerabilidad: Injusticias y cuidado", en: Boladeras, Margarita, *Bioética: Justicia y Vulnerabilidad*, Barcelona, Proteus, pp. 49-84.
- Asamblea Nacional. República Bolivariana de Venezuela, (2014): *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Gaceta Oficial No. 40.548 de 25 de noviembre de 2014. Caracas Venezuela (http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_femicidio_ley_organica_sobre_derecho_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf).
- Camps Cervera, Victoria, (2001): *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*, Barcelona, Ares y Mares.
- Comité Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, (2008): *Plan de parto y nacimiento*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Defensor del pueblo España, (2006): Informe anual, (<https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/INFORME2006debates.pdf>).
- Emanuel, Ezequiel J.; Emanuel, Linda, (1999): "Cuatro modelos en la relación médico paciente", en Couceiro,, Azucena, *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, pp. 109-132.
- Escuriat-Peiró, Ramón; Goberna-Tricas, Josefina, Pueyo-Sanchez, M^a Jesús; Garriga-Comas, Neus; Úbeda-Bonet, Immaculada; Caja-López, Carmen; Espiga-López, Isabel; Ortún-Rubio, Vicente (2015): "Impact of maternity care policy in Catalonia: a retrospective cross-sectional study of service delivery in public and private hospitals", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:23 (<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0446-y>).
- Generalitat de Catalunya. Departament de salut, (2007): *Protocol per a l'assistència natural al part normal*, Barcelona, Direcció General de Salut Pública.
- Grmek, Mirko.D (1999): « La Révolution biomédicale du XX siècle », en : Grmek, Mirko, D., *Histoire de la pensée médicale en Occident. Du romantisme a la science moderne*; Tome 3, París, Éditions du Seuil, pp. 319-336.
- Greenhalgh, Trisha; Howick, Jeremy; Maskrey, Neal, (2014): "Evidence based medicine: a moviment in crisis?" *BMJ*, 348:g3725,

- Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, (B.O.E de 15 de noviembre de 2002).
- Lokugamage, A.U.; Pathhberiya, S.D.C, (2017): "Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review", *Reproductive Health*, 14-17, DOI 10.1186/s12978 016-0264-3.
- Marques de Aguiar, Janaina; Pires Lucas d'Oliveira, Ana Flávia; Schraiber, Blima, (2013): "Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers", *Cad Saude Publica*, 29:2287-2296. (<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>).
- Marsico, Gaia, (2003): *Bioética: Voces de mujeres*, Madrid, Narcea.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, (2010): *Guía de Práctica clínica para la atención al parto normal*, Victoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, (http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf).
- Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud, (2008): *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Olza Fernández, Ibone, (2008): "¿Humanizar el parto? Una reflexión sobre la violencia sanitaria", en: Blazquez-García, M^a José (coord), *Maternidad y ciclo vital de la mujer*. Universidad de Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, pp. 113-120.
- Organización Mundial de la Salud, (1985) "Appropriate technology for birth", *Lancet*, Volume 326, 8452, pp., 436-437.
- Organización Mundial de la Salud. Regional Office for Europe, (1998): *Workshop on Perinatal Care*, Venice (Italy), 16-18 April.
- Piperberg, Michelle, (2016): "Modelos de relación asistencial: vulnerabilidad y autonomía", en: Boladeras, Margarita y Goberna-Tricas, Josefina, *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*. Barcelona, Ediciones de la Universitat de Barcelona, pp., 101-114.
- Terre Rull, Carmen, (1997): "La matrona en España. Historia de una profesión" en Towler, J; Bramall, J, *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Barcelona, Masson.
- The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, (2011): *Cuidado materno respetuoso: Los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva*. (<http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/03/WRA-BROCSpanish.pdf>).