
Parir en el Patriarcado

Give birth in the Patriarchy

Diaz Juskiewicz, Natalia Soledad

Lic. en Psicología (UBA).

Mg. en Educación (UNQ).

Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal (AISMP)

lic.nataliasdj@gmail.com

Loiacono, Romina Solange

Lic. en Psicología (UBA).

Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal (AISMP)

rominaloiacono@gmail.com

Fecha de recepción: 13 de Septiembre 2020

Fecha de Aceptación: 13 de Octubre 2020

Resumen

El sistema médico hegemónico y el sistema patriarcal se constituyen desde hace siglos, como el escenario en el que se despliegan prácticas médicas intervencionistas y aleccionadoras sobre los cuerpos de las mujeres y personas gestantes, en cuanto a procesos perinatales se refiere. Funcionando como un velo que se tiende sobre la evidencia científica en cuanto a la importancia de



resguardar el bienestar de las díadas (madre-recién nacido), sobre la legislación vigente y sobre los derechos humanos. Sin embargo, en este escenario se abre como telón de fondo la necesidad de conmover las estructuras sociales de poder y constituir suelo fértil para la construcción y el despliegue de la autonomía como medio para recuperar el poder sobre los cuerpos y los procesos tanto sexuales como reproductivos.

Palabras claves: Modelo Médico Hegemónico -Sistema Patriarcal - Violencia obstétrica - Procesos sexuales y reproductivos- Autonomía feminista.

Abstract

The hegemonic medical system and the patriarchal system have been established for centuries, as the scenario in which interventionist and instructive medical practices are deployed on the bodies of women and pregnant people, in terms of perinatal processes. Functioning as a veil that is drawn over the scientific evidence regarding the importance of protecting the well-being of the dyads (mother-newborn), on current legislation and on human rights. However, in this scenario, the need to shake the social structures of power and to constitute fertile soil for the construction and deployment of autonomy as a means to regain power over bodies and sexual processes opens as a backdrop as reproductive.

Key words: Hegemonic Medical Model - Patriarchal System - Obstetric violence - Sexual and reproductive processes - Feminist autonomy.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en Argentina y también en parte de América Latina nos encontramos atravesando un momento socio-histórico único en materia de género y diversidades. Sin embargo, aún en estas condiciones que parecerían ser favorables, día a día mujeres y personas con capacidad de gestar paren en el Patriarcado. Escenario cruel, desigual y tortuoso, en el cual los partos tanto como los nacimientos son atravesados y legitimados como actos médicos en vez de entenderse como experiencias profundas y milenarias con enorme impacto corporal, psicológico y existencial para quienes las experimentan. Por lo que las

díadas (madre-recién nacidx) son víctimas del uso indiscriminado de prácticas innecesarias e invasivas y medicalización de rutina. Por un lado, debido a la cristalización de roles y estereotipos de género (en los que se espera a modo de designio que obedezcamos, que prime el silencio, que nos volvamos invisibles, que toleremos el abuso y nos “comportemos”) tanto como por los diferentes tipos de violencia a los que nos vemos expuestas las mujeres e identidades disidentes. Por el otro, gracias a funcionalidad de la maquinaria del modelo médico hegemónico que opera conquistando, patologizando y dominando nuestros procesos sexuales y reproductivos de manera intervencionista, a través no solo de la utilización de diversas tecnologías (Colanzi, 2014) que les permiten perpetuar su fin, sino también en la insistencia de considerarnos “frágilxs”, “falladxs” e “imperfectxs”. Alejándonos así del conocimiento sobre aquello que nuestros cuerpos están preparados para hacer, obturando desde la más temprana infancia la posibilidad de saber acerca del parto como un hecho sexual, un evento fisiológico único y una vivencia subjetiva que se desencadena por neurohormonas e implica un estado alterado de conciencia que es sensible al ambiente externo (OMS, 2018; Olza, 2011; Schallman, 2006; Odent, 2001).

Sistema Médico Hegemónico y Patriarcado

El modelo médico hegemónico, de acuerdo a Menéndez (1998), es un conjunto de prácticas, saberes y teorías desarrolladas por la medicina científica que se establecen como única forma de atender la enfermedad y todos los procesos relacionados con la salud. Este presenta como características centrales: el biologicismo, la a-historicidad, el individualismo, la asimetría, el autoritarismo y la participación pasiva a la vez que subordinada de lxs pacientes, entre otras.

En palabras de Belli (2013) la atención institucionalizada nos ve como objetos de intervención y no como sujetxs de derecho. Postura que coincide con Amoros (1990) quien determina que la vulnerabilidad de las embarazadas parecería acrecentarse por su condición de mujeres, demostrando de este modo que la asimetría existente revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de las garantías básicas de quienes consultan. Tal es así que a pesar de la legislación actual, que ya lleva más de una década, la violencia obstétrica se constituye como una de las formas más silenciadas, invisibilizadas y naturalizadas en las que se manifiesta la violencia de género y es ejercida mediante el paternalismo y monopolio médico durante los procesos de embarazo, trabajo de parto, parto, postparto y puerperio desnudando de este modo la



hegemonía de la ideología patriarcal que intenta una y otra vez apropiarse de nuestros cuerpos.

En el año 2016 la organización feminista “Las Casildas” a través del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) impulsado por la institución, dio a conocer un informe estadístico del cual se desprende que, sobre un base de 4.939 nacimientos: 4 de cada 10 mujeres no pudo estar acompañada durante el parto o cesárea, 7 de cada 10 mujeres no fueron informadas de las prácticas que se realizaron a ella y a su hijo, y 5 de cada 10 mujeres no fueron contenidas ni pudieron expresar sus miedos, entre otros datos (Las casildas, 2016). A su vez, la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG) recibió 263 denuncias por violencia obstétrica durante el año 2017, lo que representa un número reducido en comparación a los porcentajes arrojados por el Observatorio, dato que podría explicar parcialmente la naturalización e invisibilización de esta modalidad de violencia por motivos de género.

La violencia obstétrica se define de acuerdo a la Ley N°26.485 (2009) en su artículo 6° inciso “e” como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley N° 25.929 (2004). La violencia obstétrica física comprende el suministro de medicación de manera injustificada, las prácticas invasivas, perjudiciales o ineficaces sobre la persona o su bebé y las intervenciones sostenidas en la idea de concebir a un momento saludable y fisiológico, como un hecho patológico y por ende, altamente medicalizado. La psíquica incluye el trato deshumanizado, discriminatorio, cruel, humillante o amenazante que recibe la persona que gesta y la ausencia de intimidad, libertad y respeto. A su vez, abarca la omisión de información acerca de la evolución del parto, el estado de salud de quien va a parir y su hijo y absolutamente todas las prácticas que les realicen a ambos.

A partir de lo anterior destacamos que bajo la impunidad del ambo blanco e impoluto, que exige y festeja lo inmaculado, lo aséptico y la desconexión, no solo se va en contra de lo establecido por las leyes, sino que como expresa Villaverde (2006) se atenta contra los derechos humanos. Específicamente aquellos vinculados a la vida, la integridad personal, la privacidad e intimidad, la información y la toma de decisiones libres y con conocimiento, así como a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes tanto como a estar libre de discriminación. Además impacta directamente en la salud física y mental de la diáda, dado que según cómo transcurra el parto se verá afectado el período perinatal, el vínculo temprano, y por tanto, el desarrollo futuro de ese niño



(Odent, 2001). Actualmente existe evidencia científica suficiente acerca de los efectos que tiene la intervención de los procesos fisiológicos durante el trabajo de parto, el parto y el nacimiento, y los primeros momentos de vida (Brimdyr, Cadwell, Widström, Svensson, y Phillips, 2019). Solo a modo de ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos (Kroll-Desrosiers, Nephew, Babb, Guilarte-Walker y Moore Simas, y Deligiannidis, 2017) concluye que la administración de oxitocina se relaciona con mayor prevalencia de ansiedad y de depresión post parto, aumenta el riesgo de hiperestimulación y rotura uterina, y las probabilidades de finalizar el parto por cesárea o por parto instrumental (fórceps, ventosa). Además, se asocia positivamente a presentar un riesgo más alto de hemorragias posparto, hospitalizaciones más largas y mayor porcentaje de bebés que necesitan cuidados intensivos neonatales, entre otros efectos que coexisten con mayores probabilidades de experimentar un parto traumático. Este, de acuerdo a lo propuesto por Beck (2008) implica la amenaza, la presunción de daño o de lesiones graves tanto como la muerte de la díada; así como la sensación de haber sido despojadx de su dignidad durante el proceso de parto. Lo que coincide con lo esbozado por Allen (1998) cuando lo define bajo la sensación de miedo extremo, indefensión u horror por las intervenciones realizadas, el tipo de nacimiento o el trato que se recibió en el mismo. Esto resulta en un punto nodal que permite exponer que en adición a las marcas físicas que suelen dejar en la madre y muchas veces en lx bebx -por el uso de fórceps o ventosas- las intervenciones realizadas, se suma el enorme sufrimiento psíquico, la posibilidad de psicopatología y “una entrada al mundo” tortuosa, violenta, opresora.

Desde esta perspectiva el “pseudó éxito obstétrico”, no es más que la transformación de algo natural en un evento mecánico, quirúrgico y casi “fabril” opuesto por completo a la fisiología e incluso a lo que se propone como una experiencia de parto positiva. A saber: “experiencia que cumple o supera las expectativas de la mujer (...) Incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo” (OMS, 2018). De esta manera, tradicionalmente la práctica de la obstetricia y por tanto la atención perinatal en sí misma, lejos de garantizar en todos los casos la salud de las díadas y el bienestar, se erige mayoritariamente como una especialidad aleccionadora y misógina, en la cual a través de mecanismos de control y dominación se vulneran nuestros derechos sin que medie ningún tipo de sanción.



Unidad disciplinadora

A pesar de la evidencia científica disponible y del marco regulatorio vigente, las prácticas intervencionistas y otros modos de hacer vinculados al ejercicio de la violencia obstétrica -la cual por supuesto también puede darse por fuera de la institución- siguen llevándose a cabo con frecuencia. Asimismo, existe una gran dificultad para reconocer por parte de lxs profesionales que dichas maneras de accionar constituyen situaciones de violencia. Al punto de llegar a considerarlo un asunto superfluo, improbable por estadísticas, exageraciones, propios de movimientos *snoobs* o actos caprichosos. O bien, algo justificable y tolerable para quienes se arropan cada día en los privilegios que les da el ser portadores de un ambo. No negamos la formación de lxs profesionales, la falta de insumos, el *burn out*, el bajo presupuesto, la nulidad de políticas públicas al respecto o las malas condiciones laborales. No obstante, esto de ninguna manera justifica la falta de ética, los malos tratos, el ejercicio de la violencia, la puesta en riesgo de vidas de la mano de la mala praxis ni el modo cofradía que parece operar en muchos espacios médicos, donde el silencio se hace carne.

Los primeros interrogantes que surgen entonces son: ¿Por qué?, ¿por qué la violencia obstétrica es una de las modalidades de violencia por motivos de género más naturalizadas? y también ¿por qué para recuperar el poder, las decisiones y el control sobre nuestros partos no alcanza con los testimonios de mujeres y personas gestantes? De hecho, ¿por qué deben existir estudios científicos, artículos académicos o declaraciones nacionales e internacionales en donde se insista y se “revele” la importancia que tiene que nos traten con dignidad, que no nos torturen ni mutilen, que nos tengan piedad?, ¿cómo se llega a naturalizar que hay abuso y maltrato en el parto en instituciones de todas las regiones y culturas (OMS, 2018)? Seguramente dar respuesta a estas preguntas exceda los fines de este ensayo, pero podemos articular una breve respuesta en función de lo planteado hasta el momento.

La sexualidad de las mujeres se constituye habitualmente como una sexualidad patriarcal que se despoja de placer, se aleja del deseo y se transita de acuerdo a objetivos machistas vinculados a complacer, siempre, en primera instancia, a un/x otrx.

La filósofa estadounidense Sandra Lee Bartky (1990) sostiene que a las mujeres se nos disciplina corporalmente en “ser mujeres” por medio de diferentes prácticas que fomentan una constante disconformidad con nuestros cuerpos: dietas constantes, cirugías estéticas, etc. Si bien esta construcción social de los cuerpos, desde la imperfección, está ligada en principio a la imagen de los



mismos, podemos pensar que esta falta de conformidad con la imagen del cuerpo viene anudada a una falta de confianza en su poder que también se sustenta y fomenta desde el sistema patriarcal. En esta línea, la constitución subjetiva de las mujeres se refuerza en la pasividad y el disciplinamiento, obstaculizando que puedan pensarse y actuar(se) como personas activas y protagonistas. Esta idea, muchas veces repercute también en las vivencias subjetivas del embarazo y del parto, como procesos que quedan por fuera de control y que deben ser vigilados y orientados por expertos médicos, de manera exclusiva, sin posibilidad de participación en la medida en que quedan vedados como procesos que pertenecen a la sexualidad y sobre los cuales cada persona tiene el derecho de incidir y decidir. La violencia obstétrica tiene raíces muy profundas al punto que se configura como síntoma del contexto en el que vivimos, en el cual el patriarcado es fundado sobre el privilegio del varón -y a costa de mujeres, disidencias y niñxs-, pero alimentado, sostenido y reforzado, sin darnos cuenta, por todxs.

Por su parte el mito Mujer = Madre (Fernández, 1993), opera como base de la violencia obstétrica en la medida en que sostiene y reproduce una ecuación directa entre la capacidad biológica y potencial de gestar y de parir, y la obligatoriedad de la maternidad. Es decir, confunde la programación biológica de la fisiología de las personas gestantes con un hecho meramente natural, que se encuentra liberado de aspectos culturales y sociales, eludiendo la complejidad de los procesos, a la vez que nos aleja del deseo.

La eficacia de estos modelos de subjetivación es viable en la medida en que la sexualidad patriarcal y la maternidad obligatoria se fusionan con el modelo médico hegemónico, convirtiéndose en una unidad disciplinadora que se reproduce institucionalmente. Un modelo médico que, como se mencionó al comienzo de este artículo, no tiene en cuenta los procesos sociales y subjetivos y ubica a las parteras tradicionales en un segundo plano, réplica estandartes autoritarios de atención, basados en la figura del experto y en la sumisión. En este mismo sentido bajo la idea de “buena madre” se acepta, se venera, y hasta se jerarquiza el dolor como rito de iniciación, o su contrario, se señala, juzga o culpabiliza a aquella que “podría haberse informado mejor”, que “debería haber cambiado de equipo a tiempo”, que “no lo deseo lo suficiente” o que “no se empoderó”. Se reproducen así las estructuras sociales de poder definidas por el sistema patriarcal y reforzadas, en cuanto a procesos perinatales concierne, por prácticas médicas intervencionistas y aleccionadoras que reproducen lugares pasivos, alejados de la sexualidad pensada en términos de autonomía, del deseo, del placer y de la posibilidad de dirigir procesos absolutamente íntimos, personales e intransferibles, como lo son las gestaciones y los partos. Ideas que



coinciden a su vez con este requerimiento de voces autorizadas (Osorio y Saraceno, 2019) que interpelamos, en vez o en sumatoria a los testimonios de lxs usuarixs del sistema, quienes en lo cotidiano son acalladxs y no validadxs,

Autonomía en clave feminista

Ahora bien, entendiendo que la violencia obstétrica instrumentada por un modelo médico aleccionador se sustenta en el sistema patriarcal y en la reproducción de estereotipos de género que continúan operando con eficacia, ¿cuáles son las herramientas de las que se dispone para contrarrestar estas situaciones, hasta su erradicación?

En principio, no está de más aclarar, que se trata de conmover las estructuras sociales arraigadas en el sentido común, con lo cual la desnaturalización y consecuente concientización y sensibilización sobre dicha modalidad de violencia, resulta urgente y necesaria. Esto nos permite ubicar que el cambio cultural para modificar el abordaje de la atención perinatal necesita de un trabajo profundo y complejo en los distintos niveles involucrados -microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema- en donde se visibilice la voz de las mujeres y las personas gestantes, como protagonistas centrales y nucleares de los cuestionamientos, debates, propuestas y decisiones en los procesos vinculados al gestar y parir. Entendiendo que el modo de nacer constituye un acto político que deja huellas -neurohormonales, cerebrales, físicas y psicológicas- imborrables de acuerdo a cuán amable y cálido es el ambiente que nos espera o cuán hostil, amenazador o doloroso resulta (Moore, Bergman, Anderson y Medley, 2016). Aunque estos procesos puedan “repararse” o “restaurarse” desde la Salud Mental Perinatal, ante todo deben prevenirse, protegerse y cuidarse.

En relación con lo propuesto consideramos que la vía de acción pasa por fomentar la autonomía y el poderío de lxs protagonistas. Considerando la autonomía, como una herramienta política -contraria a la sumisión- que no viene dada de antemano, sino que hay que construir y reforzar tanto en el ámbito público como en el privado. En palabras de Marcela Lagarde (1997) la autonomía -en clave feminista- es siempre un pacto social, y debe ser reconocida tanto como apoyada para encontrar mecanismos operativos para funcionar. Es decir, las condiciones para lograr ejercerla. En este sentido, la autora plantea que para las mujeres, construir autonomía pasa, entre otros aspectos, por la deconstrucción de la sexualidad tradicionalmente conformada de acuerdo a la socialización por género. Además, debe expresarse y vivirse en el cuerpo (un cuerpo que es un producto cultural) a partir del cual las personas nos vivimos en la cultura y nos



repetimos en ella. Nos enfrentamos entonces al siguiente dilema, ¿Repetimos la cultura o la transformamos?

La cultura patriarcal se reproduce desde hace siglos, y se legitima mediante diversos mecanismos que se reinventan y reorganizan para mantener el *status quo*. Por lo que, la construcción de autonomía requiere de actividad, de personas que la sostengan, la defiendan, la conquisten, pues se trata en definitiva de una conquista política que transforme las bases estructurales de poder. Destacamos entonces la importancia de recuperar nuestros procesos, nuestros ciclos, nuestros deseos, nuestro placer, tanto como nuestras maternidades. En otras palabras, se trata de subvertir la cultura para ya no ser cuerpo para lxs otrxs. Ni para su consumo, su abuso o su placer, sino ser cuerpo para nosotrxs. Y en este sentido, recobrar las gestaciones, los partos, las lactancias como procesos sexuales propios y singulares, como hechos y acontecimientos subjetivos y transgresores que han sido vedados y adoctrinados por el despliegue de fuerza, soberanía y coraje que representan.

CONCLUSIÓN

Cómo hemos analizado, la concepción de la medicina como institución y las prácticas que de allí se derivan, son expresión del sistema patriarcal, y más aún cuando se trata de procesos vinculados a la etapa reproductiva de las mujeres y personas gestantes, en la que históricamente se ha reproducido la subordinación de género. Con lo cual, para concluir, es menester sostener que las transformaciones necesarias a nivel cultural para modificar de una vez por todas el abordaje de la atención perinatal nunca pueden ser en soledad, resultando imperioso a modo de horizonte seguir construyendo y reforzando redes de apoyo y sostén donde poder desarmarnos, validarnos, y volvernos a armar en detrimento de la exigencia patriarcal de ser para otrxs. Para que, desde allí, podamos reforzar la apuesta vinculada a la disputa del poder y a la lucha por la soberanía de los cuerpos, a fin de sacudir de una vez por todas los cimientos del patriarcado. Por tanto, necesitamos de espacios colectivos y comunes en los que la autonomía pueda ser verdaderamente ejercida e instaurada, como aquella que posibilita que en base a información y conocimiento cada persona pueda tomar decisiones conscientes sobre cómo parir y cómo maternar, siendo respetadas desde el poder y la libertad. Para que el ejercicio de derechos sea por fin y verdaderamente cosa de todxs.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amorós, C. (1990). Hacia una crítica de la razón patriarcal. Buenos Aires: Editorial del hombre – Anthropos. pp: 39-53.

Bartky, S. (1990). Foucault, la feminidad y la modernización del poder patriarcal. Revista La Manzana de la Discordia. Recuperado de https://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/article/view/1493/pdf

Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *The American journal of psychiatry*, 165(8), 969–977.

Belli, L. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética (UNESCO)*;1: 25-34

Brimdyr, K., Cadwell, K., Widström, A., Svensson, K., Phillips, R. (2019). The effect of labor medications on normal newborn behavior in the first hour after birth: A prospective cohort study. *Early Human Development Volume 132*, May, Pag. 30-36. doi. 10.1016

Colanzi, I. (2014). De brujas y parteras: Disciplinamiento y violencia obstétrica. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. EN: Actas. La Plata: UNLP. FAHCE. Departamento de Sociología.

Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género – CONSAVIG (2017) Estadísticas, datos y denuncias por violencia obstétrica. Recuperado el 14 de octubre de 2020 de <https://www.argentina.gob.ar/justicia/violencia-de-genero-consavig/datos-sobre-violencia-obstetrica>

Fernández, A.M. (1993). *La Mujer de la Ilusión*. Argentina. Ed. Paidós

Kroll-Desrosiers AR, Nephew BC, Babb JA, Guilarte-Walker Y, Moore Simas TA, Deligiannidis KM. (2017). Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. *Depress Anxiety*. 2017 Feb;34(2):137-146. doi: 10.1002/da.22599. PMID: 28133901; PMCID: PMC5310833.

Lagarde, M. (1997). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. España. Ed. Puntos de Encuentro.



Las Casildas, Observatorio de Violencia Obstétrica (2016). Informe Final Encuesta de atención al parto/cesárea. Recuperado el 14 de octubre de 2020 de <https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRYTRZWThPcWVvY1U/view>

Ley N° 25.929 (2004) Ley de Parto Humanizado. Boletín Oficial de la República Argentina, 21 de septiembre de 2004, Bs. As. Argentina

Ley N°26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Boletín Oficial de la República Argentina, 14 de abril de 2009. Buenos Aires, Argentina,

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de exclusión de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207. Recuperado el 15 de septiembre de 2009 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Moore, ER, Bergman, N., Anderson, GC y Medley, N. (2016). Contacto temprano piel con piel para las madres y sus recién nacidos sanos. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, (11).

Olza I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. Cuadernos de Psicopatología y Psiquiatría; 111

Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto*. Barcelona: Ed. Grupo Zeta.

Osorio, V. y Saraceno, F. (2019). *Mujeres invisibles. Partos y patriarcado*. Buenos Aires: Interseccional

Odent, M. (2001). *La científicación del amor: el amor en la ciencia*. Argentina: Editorial Creavida.

OMS (1985). Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Organización Mundial de la Salud, *Lancet*. 1985, 2:436-7.

OMS (1996). Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica, Ginebra.

OMS (2018). Hablemos de parto humanizado y la "hora sagrada", Organización Mundial de la Salud.

ONU (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena - Conferencia Mundial de Derechos Humanos.



Schallman, R. (2006). *Parir en libertad. En busca del poder perdido*. Buenos Aires: Grijalbo.

Villaverde M. (2006). *Salud Sexual y Procreación Responsable*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina, pp: 31-32