

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL EMBARAZO Y EL PARTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA
VULNERACIÓN DE DERECHOS: AUTONOMÍA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Obstetric violence as a violation of autonomy and informed consent rights in
pregnancy and childbirth*

Marta Busquets Gallego

la.busquets@gmail.com

Universitat Rovira i Virgili - España

Recibido: 26-02-2019

Aceptado: 02-05-2019

Resumen

Este artículo explora la violencia obstétrica desde una perspectiva legal centrada en la vulneración de los derechos fundamentales de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto. Partiendo de una aproximación a la legalidad vigente aplicable, se explora qué relevancia tienen embarazo y parto a la hora de ejercer estos derechos, así como las creencias y condicionantes que afectan a su interpretación y ejercicio. También se hace un acercamiento a las dimensiones de las vulneraciones en este ámbito. Por último, se presentan distintas propuestas para promover el respeto a los derechos fundamentales en la atención obstétrica.

Palabras clave: Autonomía, consentimiento informado, rechazo, violencia obstétrica, género, bioética.

Abstract

This article explores obstetric violence from a legal perspective, focusing on the violation of the fundamental rights of autonomy and informed consent in pregnancy and childbirth. Starting from an approximation to the current applicable law, it explores how pregnancy and birth affect these rights, as well as the beliefs and conditions that affect their interpretation and exercise. There is also an approach to the dimensions of the violations in this area. Finally, different proposals are presented to promote respect for fundamental rights in obstetric care.

Keywords: Autonomy, informed consent, refusal, obstetric violence, gender, bioethics.

1. Introducción

En la actualidad existen diferentes autoras que desde la academia han explorado la violencia obstétrica (Boladeras Cucurella y Goberna Tricas, 2016; Goberna Tricas y Boladeras Cucurella, 2018; Sadler *et al.*, 2016), así como diferentes instituciones que han hecho referencia explícita a la misma (tal vez la más destacada sea la Organización Mundial de la Salud, 2014). En estos trabajos la violencia obstétrica suele abordarse desde una perspectiva sanitaria, ya sea física o psicológica. Por ejemplo, centrándose en la medicalización de rutina. También existen abordajes desde la antropología y la interseccionalidad (Brigidi, 2018).

A nivel jurídico, habitualmente se pone el foco en la necesidad o no de una regulación legal específica de la violencia obstétrica (Goberna Tricas y Boladeras Cucurella, 2018). Pero como veremos a continuación, la violencia obstétrica incluye la pérdida de la condición de sujeto de derechos por parte de las mujeres. En el ámbito sanitario, los derechos fundamentales que garantizan dicha condición son los derechos de autonomía y consentimiento informado. Es por ello que en este artículo se explora la vulneración de estos derechos como una de las expresiones de la violencia obstétrica. Para ello, se explora la legalidad vigente, así como qué condicionantes la atraviesan afectando tanto su interpretación como su aplicabilidad.

2. Metodología

La metodología seguida es de tipo deductivo pues se parte de la regulación general a la particular y ajustada al principio de jerarquía normativa, habiéndose examinado en primer lugar la legislación vigente, para a continuación consultar la jurisprudencia aplicable y por último se ha acudido a la doctrina así como textos relacionados (López Escacena, 2011). El artículo también incorpora metodología de tipo jurídico-filosófico en la medida en que incorpora reflexiones que incluyen derecho, moral y ética (Sánchez Zorrilla, 2011).

3. Definición y características de la violencia obstétrica

En el año 2014 la Organización Mundial de la Salud elaboró un documento titulado *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. En él se daba validez e impulso institucional a las reivindicaciones que venían realizando los colectivos de mujeres¹ en las últimas décadas. Así, en el documento se afirma que

¹ Por ejemplo, las asociaciones El parto es nuestro a nivel estatal español y Dona Llum a nivel autonómico en Cataluña.

“En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación” (OMS, 2014: 1).

En concreto, el concepto violencia obstétrica para referirse a lo anterior surge desde el activismo latinoamericano y ha llegado a ser oficialmente reconocido por múltiples instituciones, tanto internacionales como nacionales. En la actualidad existen diferentes propuestas de definición.

En el ámbito académico, Sarah Cohen Shabot y Keshet Korem (2018) la definen como violencia física y psíquica por parte del personal sanitario hacia las mujeres de parto. La identifican como violencia de género en tanto se dirige a las mujeres por ser mujeres, sustentada en creencias de acuerdo con las cuales los cuerpos femeninos son sucios, sexuales en exceso, disfuncionales y de que la maternidad implica un sacrificio total.

Uno de los trabajos más completos que existen en la actualidad en esta materia es el de Megan Bohren *et al.* (2015), en el que se identificaron diferentes tipos de maltrato: abusos físicos, verbales y sexuales, estigma y discriminación, incapacidad de cumplir con los estándares de cuidado, mala comunicación entre la mujer y el equipo sanitario y las deficiencias del propio sistema sanitario. En el apartado referido a la relación deficiente entre sanitarios y mujeres, se incluyó de forma expresa la pérdida de autonomía como forma de violencia obstétrica.

Silvia Bellón Sánchez (2014) nos propone no quedarnos en lo meramente conductual y prestar atención al carácter estructural de la violencia obstétrica, con la intención de entender por qué comadronas y obstetras mujeres la reproducen y perpetúan.

En la misma línea Serena Brigidi (2018) va más allá de los sujetos, actos y terminologías en concreto, para centrarse en cómo a nivel epistemológico y axiológico los modelos biológico y popular no sólo aceptan la violencia en el embarazo y el parto, sino que la legitiman, la defienden y protegen en tanto la naturalizan y normalizan como recurso para mantener las dinámicas de poder existentes.

4. El advenimiento del modelo autonomista en el ámbito sanitario

A lo largo del siglo XX en el ámbito médico se pasa de un modelo paternalista de acuerdo con el cual decidía el o la profesional de la sanidad con independencia de la voluntad del paciente, a uno autonomista, con base en el reconocimiento de la persona como ser individual, racional y libre (Feito, 2016; Reynal Reillo, 2017).

Estos derechos tienen un rol central en la ética médica contemporánea (Fernández Guillén, 2006; Yebra Pimentel, 2012) y su base es la libertad de conciencia que protege las convicciones personales (Castro Jover, 2016). Protegen los bienes jurídicos relacionados con la integridad física y moral, la libertad, la intimidad personal y familiar y la dignidad (Hernández Ramos, 2012).

A nivel jurisprudencial el Tribunal Supremo español ha definido los derechos de autonomía y consentimiento informado como una de las últimas aportaciones a la teoría de los derechos humanos².

5. Los derechos de autonomía y consentimiento informado

En cuanto normativa aplicable en materia de derechos de autonomía y consentimiento informado, a nivel internacional contamos con la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer³ de 1979 y su Recomendación General nº 24 referente a “Mujer y salud”.

A nivel europeo disponemos del Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina⁴ de 1997⁵, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01)⁶ y la Carta Europea de Derechos del Paciente de 2002⁷.

En España, además de la Constitución Española 1978⁸, la regulación básica de estos derechos la encontramos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁹.

Los derechos de autonomía y consentimiento informado conllevan que antes de cualquier actuación sanitaria, debe proporcionarse información a a persona para que pueda consentirla o rechazarla. Algunas autoras defienden que en el derecho al rechazo es donde realmente se ejerce la autonomía (por ejemplo, Cantero Martínez, 2005).

La información debe incluir en qué consiste la actuación sanitaria, sus potenciales beneficios y riesgos así como sus alternativas, incluyendo la de no intervenir. El consentimiento informado lo emite una persona jurídicamente capaz de forma voluntaria, libre y consciente, pudiendo revocarlo en cualquier momento (Yebra-Pimentel, 2012).

En términos generales existen tres excepciones a lo anterior: el riesgo para la salud pública por razones sanitarias legalmente establecidas, el riesgo inmediato grave para la salud de la persona sin que sea posible recabar su consentimiento o el de sus allegados y que la persona sea incapaz por razón legal o judicial (Hernández Ramos, 2012).

² La STS 447/2001 de 11 de mayo se refiere a los derechos de autonomía y consentimiento informado como “una de las últimas aportaciones a la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria y explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia”.

³ También conocida por sus siglas CEDAW.

⁴ Conocido como Convenio de Oviedo.

⁵ Artículos 5 a 9.

⁶ Artículo 3.

⁷ Artículos 3 a 5.

⁸ Artículos 15 a 18.

⁹ Artículos 8 y 9.

Además debe tenerse en cuenta que de acuerdo con los tribunales las limitaciones a los derechos fundamentales son una medida grave y en consecuencia deberán ser interpretadas de forma restrictiva¹⁰.

6. El embarazo y el parto como momentos de especial protección jurídica

En consonancia con la normativa vigente, una persona adulta y legalmente capaz ostenta los derechos fundamentales a la autonomía y al consentimiento informado. Entre los límites legalmente establecidos a estos derechos no constan el embarazo y el parto.

A más abundamiento, de acuerdo con la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer¹¹ de 1979 y su Recomendación General nº 24 referente a “Mujer y salud” el embarazo y el parto son momentos de especial protección jurídica de las mujeres, no respetar nuestros derechos a la autonomía y al consentimiento informado supone discriminación¹².

También se ha pronunciado al respecto el comisionado para los derechos humanos del Consejo de Europa, estableciendo que debe ser garantizado el derecho de las mujeres al consentimiento informado y a tomar decisiones en todas las etapas y momentos del embarazo y parto, haciendo hincapié que ninguna intervención ni procedimiento médicos deben ser llevados a cabo sin su pleno e informado consentimiento (Consejo de Europa, 2017: 61).

7. Las causas y manifestaciones de la violencia obstétrica

Hoy en día la ciencia y la medicina se han erigido como fuente de preceptos morales y han asumido un papel de autoridad sin precedentes en la vida occidental a partir del siglo XX (Braidotti, 2018).

Respecto de la ciencia médica, una de las causas de la violencia obstétrica tiene que ver con los estereotipos sexistas presentes en ella. Carne Valls-Llobet (2016) identifica entre estos estereotipos la invisibilización de la realidad de las mujeres o la calificación de la salud de las mujeres y sus cuerpos como inferiores, patológicos o poco relevantes para ser estudiados. La autora también apunta a la burocratización y protocolización médicas como fuente de opresión. Feito (2016) alerta de que el ámbito reproductivo es especialmente proclive a perpetuar roles de género.

¹⁰ STC 29/2000 FJ 9º, STC 157/2002 FJ 8º, STC 20/1990 FJ 4º, STC 57/1994, FJ 7º.

¹¹ También conocida por sus siglas CEDAW.

¹² Elemento fundamental 22 y recomendación para la adopción de medidas por parte de los gobiernos 31.e).

En concreto, el embarazo y el parto sufrieron un proceso de apropiación por parte de la ciencia médica, cuya consecuencia fue la patologización y medicalización de los mismos (Ehrenreich y English, 2010). El paradigma biomédico ha presentado el parto hospitalario medicalizado como la única opción (Obregón Gutiérrez, 2018).

A nivel jurídico, se presenta el sujeto de derechos como neutral universal, pero las teorías jurídicas feministas ya han puesto de manifiesto desde hace décadas que en realidad obedece a un modelo androcéntrico (Facchi, 2005; Facio, 1992). Los derechos de autonomía y consentimiento informado se basan en una concepción de la persona que ideológicamente tiene su origen en la Revolución Francesa, de la que fuimos expresamente excluidas las mujeres al no ser consideradas personas completas y racionales (Bock, 2002). Judith Butler habla de cómo la concepción de la persona liberal, individualista y narcisista promueve necesariamente la violencia (2006).

Estos derechos parten del concepto de individuo como no divisible, lo cual crea disfunciones en tanto las mujeres embarazadas o de parto reciben intervenciones en su cuerpo con riesgos para sí mismas a pesar de no ser las beneficiarias directas de las mismas (Busquets Gallego, 2017; Marçal, 2016).

En cuanto al esgrimido conflicto entre madres y bebés, Gaia Marsico (2003) argumenta que esta dicotomía justifica un auténtico ensañamiento hacia el cuerpo femenino, pues aunque el feto sea moralmente relevante y tenga dignidad, su desarrollo y existencia tienen lugar dentro de un cuerpo femenino. Boladeras Cucurella (2016) también considera el supuesto conflicto entre madre y bebé como una falsa dicotomía. Por su parte Josefina Goberna Tricas (2016) pone de manifiesto como en la obstetricia moderna androcéntrica el feto es el principal foco de interés.

También debemos tener en cuenta que las disparidades sociales, raciales, económicas, etc. afectan a las posibilidades de que nuestros derechos de autonomía y consentimiento informado sean vulnerados (Cuttini *et al.*, 2006; Morton *et al.*, 2018; Samuels *et al.*, 2007).

Todo lo anterior tiene como consecuencia la objetivización de las mujeres y la fragmentación de nuestros cuerpos y experiencias (Valls Llobet, 2016) lo cual pone en riesgo nuestra libertad y capacidad para ser autónomas y tomar decisiones en el embarazo y el parto.

8. Las dimensiones de la violencia obstétrica¹³

Las manifestaciones de la violencia obstétrica son múltiples y variadas y pueden tener lugar tanto a nivel físico como psicológico (Megan Bohren *et al.*, 2015), pero a los efectos de este artículo se pone el foco en la violencia obstétrica como vulneración de los derechos a la autonomía y consentimiento informado de las mujeres.

¹³ En este apartado me refiero a tres encuestas, ordenadas de mayor a menor número de participantes.

La encuesta PLAENSA de 2016¹⁴ sobre embarazo, parto y puerperio llevada a cabo por el Catesalut¹⁵ en general refleja una satisfacción que oscila entre el 80 y el 100%, excepto en el bloque de preguntas número 28¹⁶ relativas a la información suficiente que partiendo del 50% de satisfacción nunca llegaba al 80% de satisfacción.

Esto contrasta también cuando se compara con otras encuestas PLAENSA relativas a ámbitos no obstétricos: el grado de satisfacción supera el 80% en todos los casos, situándose por encima del 90% en gran parte de ítems, inclusive las relativas a la información recibida.

El informe anual del Observatorio de la Violencia Obstétrica del año 2016 incluye una encuesta a 1.921 mujeres. El 66% manifestó que no se les había pedido permiso para tratarlas. Un 50,7% manifestó no haber sido informadas de las intervenciones que se les iba a practicar. En un 76,6% no fue informadas de las distintas alternativas y en un 50,1% se prescindió de su consentimiento. No se respetó el plan de parto en un 65,8% de los casos y al 74,7% de las mujeres no se les permitió elegir la postura en el expulsivo.

Otra encuesta a 290 usuarias exploraba los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto, desglosando los resultados según el lugar donde el parto había tenido lugar¹⁷ y el/la profesional que lo había atendido¹⁸ (Busquets Gallego, 2017).

Entre un 31 y 57% de las mujeres manifestaron no haber recibido información sobre las distintas opciones respecto al parto con antelación. Entre un 6 y un 27% afirmaron no haber tenido la oportunidad de manifestar sus creencias y su voluntad.

Durante el parto, hasta un 44% de las mujeres no supieron qué estaba pasando. De las que afirmaron que sí en esta pregunta, es decir, que sí sabían lo que estaba pasando, hasta un 37% marcó algún ítem donde se desglosan situaciones de falta de información y/o consentimiento. Hasta un máximo del 61% expresó no haber sentido que tenía capacidad de decisión durante el parto.

9. Algunas propuestas

Desde los estamentos médicos en múltiples ocasiones el American College of Obstetricians and Gynecologists ha desaconsejado explícitamente el uso de la autoridad judicial para imponer intervenciones a las mujeres explicando que esta forma de actuar supone vulnerar los derechos de autonomía y consentimiento informado (2005; 2007; 2016).

¹⁴ La encuesta PLAENSA del 2016 sobre embarazo, parto y puerperio contó con 3.159 participantes y es llevada a cabo por el organismo público Catesalut.

¹⁵ Servicio Catalán de Salud.

¹⁶ P28A Informació suficient embaràs P28B Informació suficient proves que li van fer P28C Informació suficient part P28D Informació suficient pospart.

¹⁷ Hospital público, hospital privado, domicilio.

¹⁸ Comadrona u obstetra.

A nivel jurídico, Encarna Bodelón (2010) nos invita a plantearnos cómo construir una legalidad y justicia no androcéntricas. Margarita Boladeras Cucurella (2016) relata que para que las mujeres puedan ejercer sus derechos fundamentales a la autonomía y al consentimiento informado debe reconocerse su capacidad de obrar plena.

En el debate filosófico y bioético, Gaia Marsico (2003) hablaba de la necesidad de incorporar perspectivas éticas en la práctica sanitaria. Para ello debemos hacer uso de la libertad y la creatividad como solución. En la misma línea Carril Vázquez (2017) es partidaria de ir más allá de un planteamiento sancionador y buscar puntos de vista constructivos para dar forma a nuevos modelos asistenciales. Rosi Braidotti (2018) argumenta que no debemos perseguir tecnoutopías igual que tampoco procede caer en la condena científica. Debemos abrazar la complejidad y adoptar una perspectiva crítica. Para la autora la vía ética es la única y revolucionaria vía de acceso a la afirmación y la autodeterminación.

La política de la afirmación tal y como ella la entiende parte del presupuesto de comprender y aceptar la finitud de la voluntad humana, en relación con la cual la ética es un proceso, no un fin (2018: 29). También Judith Butler (2006) habla de la necesidad de un comportamiento éticamente responsable. Asimismo, debemos sensibilizarnos hacia los condicionantes de tipo social, económico, racial, etc. que actúan como barreras al ejercicio de la autonomía (Busquets Sorribas, 2016; Feito, 2016).

Una de las propuestas más extendidas implica la superación de una concepción androcéntrica de la autonomía basada en un universo moral, restringido, parcial, abstracto, sistematizado y normativizado, para inclinarnos por posicionamientos feministas, tales como la propuesta de la autonomía relacional, que incorpora las experiencias, el contexto, las vivencias, la calidad y la horizontalidad de las relaciones humanas, en definitiva, la vulnerabilidad (Busquets Sorribas, 2016; Marsico, 2003; Piperberg, 2016).

10. A modo de conclusión

La violencia obstétrica es un tipo de violencia que se produce en el embarazo y el parto. En este caso es violencia de género en tanto la reciben las mujeres a causa de su capacidad reproductiva. Tiene múltiples manifestaciones, tanto físicas como psicológicas, pero también jurídicas, pues implica la pérdida por parte de las mujeres de su la condición legal de sujetos de derechos, viéndose afectados sus derechos fundamentales a la autonomía y al consentimiento informado. La legalidad vigente en materia sanitaria se basa en un modelo autonomista, con limitadas excepciones, no siendo la situación de embarazo y parto uno de ellos, sino circunstancias de especial protección.

Algunas de las causas de esta violencia las encontramos en la medicalización y patologización obstétricas, los estereotipos sexistas en la ciencia y la medicina, así como en la configuración androcéntrica del mismo Derecho, cuyo sujeto presentado como neutro es en realidad masculino. Además, los derechos a la autonomía y al consentimiento informado tienen que ver con una concepción del individuo racional que tiene su origen en la Revolución Francesa y de la que las mujeres hemos sido expresamente excluidas por no ser consideradas personas completas con capacidad racional.

Diferentes encuestas muestran que existe un porcentaje significativo de mujeres que se han enfrentado a obstáculos en cuanto a sus derechos fundamentales de autonomía y consentimiento informado. Frente a esta situación, multitud de propuestas se centran en añadir una dimensión ética a la asistencia sanitaria y en superar concepciones androcéntricas e individualistas de la autonomía a favor de autonomías de tipo relacional que incorporen el contexto y la vulnerabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- American College of Obstetricians and Gynecologists (2005): “Committee on Ethics: Opinion #321 Maternal decision making, ethics and the law”. En: *Obstetrics and Gynecology*, vol. 106, nº. 5, pp. 1127-1137.
- _____. (2007): “Committee Opinion: Opinion #390 Ethical decision making in obstetrics and gynecology”. En: *Obstetrics and Gynecology*, vol. 110, pp. 1479-1487.
- _____. (2016): “Committee of Opinion: Opinion #664 Refusal of medically recommended treatment during pregnancy”. En: *Obstetrics and Gynecology*, vol. 127, nº 6, pp. 175-182 .
- Bellón Sánchez, Silvia (2014): “Obstetric violence: Medicalization, authority, abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?”. Trabajo Final de Máster, Utrecht University.
- Bock, Gisela (2002): *Women in European history*. Oxford: Ed. Blackwell.
- Bohren, Megan *et al.* (2015): “The mistreatment of women during childbirth in health-facilities globally: A mixed-methods systematic review”. En: *PLoS Medicine*, vol. 12, nº 6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488322/> [30/04/2019].
- Boladeras Cucurella, Margarita (2016): “Maternidad responsable: autonomía personal y reconocimiento de deberes”. En: Margarita Boladeras Cucurella y Josefina Goberna Tricas (coords.): *Bioética de la maternidad*. Barcelona: Universidad de Barcelona, pp.59-70.
- Brigidi, Serena (2018): “¿Jugamos a parir? El poslost de la violencia entre brutalidad y trivialidad.” En: Josefina Goberna-Tricas y Margarita Boladeras Cucurella (coords.): *El concepto “violencia obstétrica”*. Barcelona: Editorial Tecnos, pp. 161-174.

- Busquets Gallego, Marta (2017): *Derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto*. Trabajo Final de Máster, Universidad de Barcelona.
- Butler, Judith P. (2006): *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Cantero Martínez, Josefa (2005): *La autonomía del paciente: del consentimiento informado al testamento vital*. Albacete: Editorial Bomarzo.
- Castro Jover, María Asunción (2005): “Libertad de conciencia, objeción de conciencia y derecho a la objeción de conciencia”. En: *Quaderni di diritto e política ecclesiastica*, vol. 24, n.º. 2, pp. 441-464.
- *Catsalut* (2016): “Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del Catsalut: Embaràs, part i puerperi”. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/estudis-realitzats/atencio-embaras-part-puerperi/2016/> [30/04/2019].
- Cohen Shabot, Sarah y Korem, Kehset (2018): “Domesticating Bodies: the role of shame in obstetric violence”. En: *Hypatia*, vol. 33, n.º 3, pp. 384-401.
- *Consejo de Europa* (2017): “Women's sexual and reproductive health and rights in Europe”. Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/commissioner/women-s-sexual-and-reproductive-rights-in-europe> [30/04/2019].
- Cuttini, Marina *et al.* (2006): “Patient refusal of emergency cesarean delivery: A study of obstetricians attitudes in Europe”. En: *Obstetrics & Gynecology*, vol. 108, n.º. 5, pp. 1121-1129.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (2010): *Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres*. Madrid: Capitán Swing Libros
- Fachi, Alessandra (2005): “Pensamiento feminista sobre el Derecho: un recorrido desde Carol Gilligan a Tove Stang Dahl”. En: *Academia: revista sobre enseñanza del derecho de Buenos Aires*, vol. 3, n.º 6, pp. 27-47.
- Facio Montejó, Alda (1992): *Cuando el género suena cambios trae (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal)*. San José, Costa Rica: Ilanud.
- Feito, Lydia (2016): “Atención humanizada a la salud reproductiva de las mujeres”. En: Margarita Boladeras Cucurella y Josefina Goberna Tricas (coords.): *Bioética de la maternidad*. Barcelona: Universidad de Barcelona, pp. 71-82.
- Fernández Guillén, Francisca (2006): “¿Nosotras parimos nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil”. En: *Medicina naturista*, n.º 10, pp. 507-516.
- Goberna Tricas, Josefina (2016): “El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas”. En: Margarita Boladeras Cucurella y Josefina Goberna Tricas (coords.): *Bioética de la maternidad*. Barcelona: Universidad de Barcelona, pp. 41-53.
- Braidotti, Rosi (2018): *Por una política afirmativa*. España: Editorial Gedisa.

- Hernández Ramos, Mario (2012): “El consentimiento informado y el derecho fundamental a la integridad física y moral”. En: Sanz Mulas, Nieves (coord.): *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. España: Ed. Comares, pp. 1-10.
- Lopez Escarcena, Sebastián (2011): “Para escribir una tesis jurídica: Técnicas de investigación en Derecho”. En: *Ius et Praxis*, vol. 17, nº 1, pp. 231-246.
- Marçal, Katrine (2016): *¿Quién le hacía la cena a Adam Smith?* Barcelona: Penguin Random House.
- Marsico, Gaia (2003): *Bioética: voces de mujeres*. Madrid: Ed. Narcea.
- Morton, Cristine H. et al. (2018): “Bearing witness: United States and Canadian maternity support workers: observations of disrespectful care in childbirth”. En: *Birth Issues in Perinatal Care*, pp. 1-12.
- Obregón Gutiérrez, Noemí (2018): “La prevención de la violencia obstétrica desde las prácticas de valor y la atención centrada en la persona”. En: Josefina Goberna-Tricas y Margarita Boladeras Cucurella (coords.): *El concepto “violencia obstétrica”*. Barcelona: Editorial Tecnos, pp. 123-128.
- *Observatorio de la Violencia Obstétrica* (2016): “Informe anual 2016”. Disponible en: <https://www.elparto nuestro.es/blog/2016/11/25/informe-anual-del-observatorio-de-la-violencia-obstetrica-2016> [25/02/2019].
- OMS - *Organización Mundial de la Salud* (2014): “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/ [25/02/2019].
- Reynal Reillo, Esperanza (2017): *Consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario*. Pamplona: Ed. Aranzadi.
- Samuels, Terri-Ann et al. (2007): “Obstetricians, health attorneys and court-ordered cesarean sections”. En: *Women's Health Issues*, vol. 17, nº 2, pp. 107-111.
- Sanchez Zorrilla, Manuel (2011): “La metodología en la investigación jurídica: características peculiares y pautas generales para investigar el Derecho”. En: *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, nº 14, pp. 317-358.
- Valls Llobet, Carme (2016): *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra, 4ª edición.
- Yebra-Pimentel Vilar, Paula Carolina (2012): *El consentimiento informado: Criterios legales y jurisprudenciales*. Madrid: Ed. Difusión jurídica y temas de actualidad.