



# Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud

*Legislación de Argentina, Colombia y Uruguay*

## Autor

María Pilar Lampert Grassi

Email: [mlampert@bcn.cl](mailto:mlampert@bcn.cl)

Nº SUP: 138042

## Comisión

Elaborado para la Comisión de Salud del Senado, en el marco de la discusión del proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica (boletín Nº 12148-11).

## Resumen

La promoción del parto humanizado implica restablecer a la mujer que está dando a luz como un sujeto activo, empoderándola y situándola en el centro y en control de su parto, donde el equipo médico trabaja al servicio de ésta y del proceso que está viviendo. Al mismo tiempo, busca que los servicios de maternidad se basen en evidencia científica y no en prácticas que neutralizan a la mujer, y que dificultan que se lleve a cabo el parto natural vaginal.

En el documento “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”, la entidad establece 56 recomendaciones para los cuidados durante el trabajo de parto y el parto mismo, orientadas no sólo a disminuir las intervenciones innecesarias, sino a mejorar la experiencia de las mujeres, mediante una atención por parte de profesionales amables y técnicamente capaces, donde las mujeres tienen mayor poder de decisión durante el trabajo de parto y el alumbramiento.

En la legislación comparada de América Latina, se observa que en Argentina la humanización del parto se reguló el año 2004 a través de Ley Nº 25.929 de Parto Humanizado y posteriormente, el año 2009 la violencia obstétrica, en la Ley Nº 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Por su parte, Colombia publicó el año 2022 la Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado. Además, también en Colombia, se dispone de la Ley Nº 1.257 de 2008, mediante la cual se adopta y garantiza a todas las mujeres una vida libre de violencia. Sin embargo, esta no incluye la violencia obstétrica. Uruguay, por su parte, ha ido desarrollado el concepto de parto humanizado de forma paulatina en diversos cuerpos normativos, a partir de la Ley Nº 17.386 de Acompañamiento durante el parto del 2001. Por su parte, la Ley Nº 19.580 Integral de violencia basada en género y hacia las mujeres del 2018, que busca garantizar el efectivo goce del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, viene a establecer el concepto de violencia obstétrica.

## Introducción

---

El presente informe ha sido solicitado por la Comisión de Salud del Senado en el marco de la discusión del proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual y, además, sanciona la violencia gineco-obstétrica (Boletín N° 12.148-11). La iniciativa tiene por objeto abordar la temática del parto humanizado y su relación con la violencia obstétrica, basado en las directrices de la Organización Mundial de la Salud, OMS en adelante, revisando cómo se han plasmado estos conceptos en la normativa de otros países.

Si bien en Europa la violencia obstétrica y el parto humanizado (o respetado) son temas que han ido adquiriendo relevancia, esto no necesariamente ha implicado el desarrollo de un marco normativo especial. En el caso de Gran Bretaña, la Association for Improvements in the Maternity Services (AIMS) da cuenta que -tanto marcos legales como la Human Rights Act de 1998, así como políticas como The NHS Constitution for England, The Charter of Patient Rights and Responsibilities (Escocia) y Patient Standards (Irlanda del Norte), sumado a guías profesionales tales como Good Medical Practice y The Code Professional Standards of Practice and Behaviour for Nurses, Midwives and Nursing Associate- prohíben la violencia obstétrica, fomentan un parto respetado y establecen algunos mecanismos para reparar a quienes han experimentado violencia obstétrica (AIMS, 2021).

Por su parte, en Francia existen varias organizaciones cuyo objetivo es mejorar las condiciones del parto, posparto y los primeros días de vida, apostando por un parto respetado y disminuyendo las prácticas que pudieran ser consideradas como violencia obstétrica. Entre ellas, el Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), agrupación creada en el año 2003 que persigue cambiar las actitudes y prácticas en torno a la maternidad, para que sean más respetuosas con las personas y la fisiología del parto. En este marco, el CIANE está acreditado para representar a los usuarios en el sistema sanitario, haciendo valer los derechos de las mujeres y sus parejas, para así mejorar las condiciones del parto en el país (CIANE, S/F). Otra es la Alliance Francophone pour L'accouchement Respecté (AFAR), organización sin fines de lucro que se compromete a garantizar que las personas tengan acceso a la información que les permita, por un lado, tomar sus propias decisiones con respecto al parto y al cuidado del recién nacido y, por otro lado, asegurarse de que se respeten estas opciones. Su acción no es solo a nivel clínico, sino que la AFAR también tiene como objetivo actuar por todos los medios, incluido el litigio (AFAR, S/F).

Aunque aún no existe una ley como tal sobre el parto respetado, a partir de la Loi N° 2013-1118 del año 2013, la Haute Autorité de la Santé ha implementado nueve *maisons de naissance*, instituciones administradas por matronas que funcionan adyacentes a los hospitales que han firmado convenio con el Estado, destinadas a las futuras madres que desean dar a luz mediante partos naturales y respetados (HAS, 2017b/2018). Por otra parte, la misma autoridad sanitaria publicó en el año 2017, *Recommandation de Bonne Pratique*, recomendaciones para todas las unidades de maternidad y profesionales en el área, donde se busca garantizar la seguridad de la madre y del recién nacido, así como también limitar las intervenciones técnicas y medicamentosas al mínimo necesario en los partos sin complicaciones (HAS, 2017a /2017b).

En Latinoamérica, varios países, tales como Argentina, Brasil, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela, han buscado desarrollar marcos legales que protejan el parto humanizado y que además, castiguen la violencia obstétrica. En este documento damos cuenta del caso de Argentina y Uruguay, países

pioneros en proteger e incentivar las prácticas respetuosas durante el parto, ya que desde el año 2004 el primero y el 2001 el segundo han venido desarrollando marcos normativos que protegen a las personas cuando van a dar a luz, contemplando el respeto por los tiempos biológicos, la elección de la mujer por el tipo de parto que desee y el derecho a estar acompañada de una persona de su confianza durante este. Posteriormente, en el año 2009, en Argentina, y el año 2018, en Uruguay, se introduce el concepto de 'violencia obstétrica' en los cuerpos normativos de los mencionados países, en leyes que buscan entregar una protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Colombia, en tanto, publicó el año 2022 la Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado, que busca reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto. Además de reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos. Si bien desde el año 2017 hay un proyecto de ley en tramitación en el Senado de Colombia en contra de la violencia obstétrica, a la fecha no ha sido aprobado.

Finalmente, en la primera sección de este documento se discute la medicalización del parto y su relación con el surgimiento del movimiento por un parto humanizado y el desarrollo del concepto de violencia obstétrica. El segundo apartado, dice relación con los parámetros establecidos por la OMS en relación al derecho de toda mujer a recibir una atención pre y post natal apropiada y centrada en sus necesidades, erradicando toda forma de maltrato y faltas de respeto. Finalmente en el tercer apartado se desarrolla la normativa de Argentina, Colombia y Uruguay relativo al parto humanizado y la violencia obstétrica.

Para elaborar este informe se utilizaron fuentes legislativas oficiales de los países analizados, junto con documentos desarrollados por organismos internacionales e investigación relevante en la materia.

## **I. Antecedentes**

---

Después de la Segunda Guerra Mundial, la medicalización de los servicios de maternidad pasa a ser un fenómeno global. Justificándose en las mejoras en la seguridad y en los resultados obstétricos, la asistencia al parto normal se traslada desde el interior del hogar a una sala de hospital, donde se empieza a concebir y a tratar a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013: 63).

Al irse consolidando progresivamente un modelo de atención, donde prima el dominio médico por sobre el proceso natural del nacimiento- con la consiguiente falta de control de la mujer sobre su propio cuerpo- el rol de los profesionales sanitarios toma preminencia y la maternidad comienza a centrarse en lo biológico y la tecnología, mientras se excluye completamente el proceso emocional del nacimiento (Walsh, 2010:490).

Sin embargo, gracias a algunas voces críticas y a diversos movimientos sociales, en la década de 1980 comienzan los primeros cuestionamientos organizados respecto de las praxis médicas del parto y puerperio. Como resultado, se producen cambios en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas como de algunos profesionales de la salud, reivindicándose el empoderamiento de la mujer y su participación activa en el proceso reproductivo (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013:63).

En el mismo periodo, el primer tratado internacional, que aborda vagamente el acceso a una atención materna adecuada como un derecho humano, es la **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW-1981)**, cuyo artículo 12, establece el derecho a servicios de salud adecuados para las mujeres, especialmente en torno a los servicios de planificación familiar, maternidad y posparto. Por su parte, en 1985, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), y la Oficina Regional para las Américas de la OMS, celebraron una conferencia en Fortaleza (Brasil), sobre la tecnología apropiada para el parto. Como resultado se formuló el documento “¡El nacimiento no es enfermedad! 16 Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento” (Declaración de Fortaleza).

Estas recomendaciones se basaron:

(...) en el principio de que cada mujer tienen el derecho fundamental de recibir una atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un rol central en todos los aspectos de esta atención, incluyendo la participación en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión y en la implementación de una apropiada atención prenatal (OMS/OPS, 1985:1).

En síntesis, esta conferencia hizo que la OMS revisara el modelo biomédico de atención a la gestación, por considerar que la medicalización del proceso del parto había invisibilizado a la mujer, por lo que no se tenían en cuenta sus necesidades y expectativas, a la vez que se limitaba su autonomía. Esto redundaba en que las mujeres no estaban recibiendo una atención adecuada (OMS/OPS, 1985:1).

Quince años después, en la misma ciudad de Ceará, en Fortaleza, la OMS organizó la “Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto”, celebrada en noviembre del año 2000, donde se definió con precisión el concepto de ‘humanización’. En este contexto, se entiende ‘Parto Humanizado’ como aquel donde:

(...) el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo emocional), entre otros. En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal, por lo que los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas (Sadler, 2003: 13).

Un poco antes en 1999, la CEDAW efectuó una recomendación general (N°24) relativa al tema, aclarando qué servicios de salud para la mujer, idealmente, deberían estar disponibles entre todos los Estados Partes, de conformidad con el artículo N° 12 de la Convención. El párrafo 22 dice:

“Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Los Estados Partes no deben permitir formas de coerción, tales como, la esterilización sin consentimiento o las pruebas obligatorias de enfermedades venéreas o de embarazo como condición para el empleo, que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa”.

En este proceso de cambio, donde se comienza a fortalecer el derecho fundamental que deben tener todas las mujeres de recibir una atención prenatal apropiada y centrada en sus necesidades, ciertas prácticas médicas empiezan a ser entendidas como violentas. Así, durante la I Jornada de Participación Ciudadana, que se llevó a cabo en Argentina el año 2013, se acuñó el término de ‘violencia obstétrica’, como un ‘concepto en construcción’ invisibilizado por el sistema médico hegemónico en el plano conceptual/discursivo y legitimado en el plano concreto por una práctica médica que, sistemáticamente, prioriza la ‘prevención mediante la intervención’ por sobre el respeto de la fisiología y los procesos naturales del cuerpo humano y por sobre una definición más amplia del estado de salud, fomentando y dando lugar, así, a este tipo violencia (AAPI, 2013: 8).

En virtud del trabajo simultáneo en 13 mesas, se intentó abarcar todas las caras de la agresión de un sistema médico que conduce a cesáreas innecesarias y a alumbramientos que se alejan de lo natural, mediatizados por intravenosas que aceleran el normal curso del parto, que aleja a los bebés de sus madres interfiriendo con el apego y la lactancia. También, se incluyó en la discusión temática, la violencia física, verbal, psicológica y emocional, de que son objeto las mujeres en las situaciones de parto y puerperio, en relación a la fertilización asistida y en situaciones de aborto y post-aborto. También se trató la violencia simbólica, así como también la económica y la que se da a nivel jurídico (AAPI, 2013).

Posteriormente, en un artículo académico se definió a la violencia obstétrica como "(...) un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto" (Arguedas, 2014: 146). Por su parte, la Dra. Diana Galimberti, Coordinadora del Comité de Violencia de Género de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, ha definido la violencia obstétrica:

"(...) como un tipo más de violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud. La violencia obstétrica como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado" (Galimberti, 2015: 5).

Entretanto, la doctora en antropología, Eva Margarita García definió la violencia obstétrica como

(...) un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física —uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto— como psicológica —infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones (García, 2018:42).

En este marco, la violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género, que está tan normalizada a nivel social, que resulta difícil visibilizarla como problema (García, 2018: 42-43).

## II. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

---

A pesar de las constantes declaraciones internacionales que establecen el derecho de las mujeres a recibir una atención prenatal apropiada y libre de violencia, la Declaración de la OMS para la Prevención y Erradicación del Maltrato en la Atención del Parto en Centros de Salud, del año 2014, constata que:

“(…) 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).

Esta declaración establece que:

“Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación” (OMS, 2014:1).

La declaración agrega que para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, son necesarias las siguientes acciones:

- Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
- Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

Respecto al documento Recomendaciones de la OMS: Para los Cuidados Durante el Parto, para una Experiencia de Parto Positiva, se da cuenta de que:

“En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto” (OMS, 2018:1).

En este documento, la OMS entrega 56 recomendaciones para los cuidados durante el trabajo de parto y parto mismo, orientadas no sólo a disminuir las intervenciones innecesarias, sino a mejorar la experiencia de las mujeres, mediante una atención por profesionales amables y técnicamente

capaces, donde las mujeres tienen mayor poder de decisión durante el trabajo de parto y el parto mismo.

Dentro de las recomendaciones más generales durante todo el trabajo de parto y el nacimiento se encuentran las siguientes:

- La atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
- La comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
- El acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.

Más específicamente, se recomienda (ONU, 2018):

- Permitir que la mujer participe en la toma de decisiones sobre el manejo del dolor, el trabajo de parto, la posición de nacimiento del bebé y la necesidad de pujar, entre otras.
- No se aconseja la utilización de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el parto (como la oxitocina o la cesárea).
- No se aconseja el rasurado perineal/púbico, la limpieza con clorhexidina, ni la utilización de enemas de rutina antes del parto vaginal.
- En embarazadas de bajo riesgo se debe hacer tacto vaginal solo cada 4 horas.
- Según los deseos de la mujer, se recomiendan técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, música, meditación, etc.) o técnicas manuales (masajes, compresas de agua caliente, etc.).
- Se sugiere que las mujeres con bajo riesgo coman o tomen líquido durante el trabajo de parto.
- Se aconseja mantener la movilidad y la posición vertical en mujeres con bajo riesgo durante la primera fase del parto. La mujer tiene derecho a elegir la postura en la que quiere dar a luz (incluida la posición de pie), haya recibido o no anestesia peridural.
- Las mujeres en la fase expulsiva deben ser alentadas y apoyadas para seguir su propio impulso de pujar. No deben ser presionadas.
- La episiotomía<sup>1</sup> de rutina y la presión manual uterina no se aconsejan en pacientes con parto vaginal espontáneo.
- La paciente puede elegir técnicas para disminuir el trauma perineal, como el uso de compresas calientes o el masaje perineal, entre otros.
- El contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido debe ocurrir durante la primera hora, para estrechar los vínculos afectivos, disminuir el riesgo de hipotermia y estimular la lactancia.

---

<sup>1</sup> Cirugía menor hecha durante el parto para ensanchar la abertura de la vagina.



El 21 de marzo del 2023, la Organización Panamericana de la Salud organizó una mesa redonda con sociedades científicas, en Caracas, para promover prácticas más amigables y de mayor respeto a los derechos de la gestante, lo que es conocido como ‘parto humanizado’.

En la ocasión se discutió respecto a la violencia obstétrica, la que se verifica en diferentes prácticas, tales como, las cesáreas sin pertinencia médica, inducciones no justificadas del parto, utilización de fórceps, tactos vaginales muy frecuentes, pujos dirigidos por el personal de salud, exploración manual del útero, rasurado perineal, rotura artificial de membranas, canalización intravenosa de rutina, las que se han hecho tan habituales que terminaron naturalizándose en nuestra sociedad (OPS, 2023).

### III. Descripción de legislación extranjera: Argentina, Colombia y Uruguay

---

Actualmente, en la región, varios países han legislado sobre el parto humanizado y la violencia obstétrica. Argentina, Colombia y Uruguay, son ejemplos de esto.

#### 1. Argentina

##### a. Parto humanizado

La **Ley N° 25.929 del año 2004, de la Protección del Embarazo y del Recién Nacido** establece que las obras sociales<sup>2</sup> regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar, obligatoriamente, determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio.

Si bien esta ley no menciona ni define el parto humanizado, la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, la considera como tal, ya que contempla el respeto por los tiempos biológicos, a la elección del tipo de parto por parte de la mujer, a tener compañía en éste y a estar junto al bebé desde el momento del nacimiento. No fue hasta que se publicó el reglamento de la mencionada ley, en el año 2015 (Decreto 2.035), que esta normativa es establecida como la Ley sobre Parto Humanizado (Ministerio de Justicia y DDHH, S/F).

En particular, respecto de su contenido, en el artículo 2º de la ley en comento se establecen los derechos que tiene toda mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, los que se describen a continuación:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial, teniendo en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

---

<sup>2</sup> Entidades que prestan atención médica a los trabajadores en relación de dependencia, pueden ser estatales o privadas, aunque gran mayoría dependen de los sindicatos.



- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y el suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada 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.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Del mismo modo, la ley establece en su artículo 3° los derechos de la persona recién nacida; mientras que en el artículo 4° los derechos particulares tanto para la madre como del padre del recién nacido/a en situación de riesgo.

#### b. Violencia Obstétrica

Por su parte, el concepto de violencia obstétrica fue tipificado en 2009 en la **Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales**, cuyo objetivo es garantizar todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños, y la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

En el artículo 4° de la ley en comento se describen la violencia contra las mujeres en los siguientes términos:

“Toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón”.

Luego, en el artículos 5° se definen cinco tipos de violencia, a saber: física, psicológica, sexual, económica / patrimonial y simbólica, mientras en el artículo 6° se establecen las modalidades, que a los efectos de esta ley se entiende, se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en

los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes: (1) violencia doméstica, (2) violencia institucional, (3) violencia laboral, (4) violencia contra la libertad reproductiva, (5) violencia obstétrica y (6) violencia mediática.

En particular, la violencia obstétrica queda definida 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 25.929”.

Además, la Ley N° 26.485 establece políticas públicas para disminuir la violencia contra la mujer y crea un procedimiento gratuito y sumarísimo para sustanciar las denuncias respectivas. Esta conducta, sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que correspondan, se sanciona con: (i) advertencia o llamado de atención por el acto cometido; (ii) comunicación de los hechos de violencia al organismo, institución, sindicato, asociación profesional o lugar de trabajo del agresor; y (iii) asistencia obligatoria del agresor a programas reflexivos, educativos o terapéuticos tendientes a la modificación de conductas violentas. Asimismo, cuando el incumplimiento configure desobediencia u otro delito, el juez deberá poner el hecho en conocimiento del/la juez/a con competencia en materia penal (artículo 32°).

## 2. Colombia

### a. Parto Humanizado

La **Ley N° 2.244 del año 2022**, conocida como **Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado**, tiene como objetivo:

“Reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos (Art. N°1)”.

Para cumplir con dicho objetivo, la ley define tanto los derechos que tendrá la mujer y el recién nacido, así como también los deberes del Estado y de los actores del sistema de salud. En este marco, en el artículo 4° de la ley se detallan los 28 derechos que esta concede a todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal.

Así, en los primeros derechos enunciados, se establece a la mujer como sujeto de derechos y de protección especial, por lo que se garantiza su libre determinación y su libertad de expresión. También se le otorga el derecho a recibir atención respetuosa, integral, adecuada, basada en evidencia, oportuna y eficiente, libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes, en conformidad a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud. Posteriormente, el listado establece derechos más en detalle, los que se entregan continuación (se mantiene la enumeración original de la ley)<sup>3</sup>:

<sup>3</sup> Se eligieron aquellos que a criterio de la autora reflejan mejor el espíritu de un parto humanizado. Para el listado completo referirse a la ley.

7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a la población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el régimen de afiliación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.

9. A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, las causas y los efectos del duelo gestacional y perinatal, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los profesionales de salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada, y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los actores del sistema de la salud encargados de su atención.

10. A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los actores del sistema de salud y a que el cónyuge y sus familiares tengan información oportuna, de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea.

11. A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los actores del sistema de salud y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible por los actores del sistema de salud que atenderá en parto.

12. Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta que las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:

a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y, de conformidad, con los términos recomendados por la evidencia científica.

b) Monitoreo fetal intermitente, con el fin de conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto.

c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico, durante el trabajo de parto y post parto.

d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto.

e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.

f) Pujo de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros.

13. A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada y la recomendación del médico tratante.

14. A recibir atención de salud idónea y oportuna durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.

15. A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental. Esta debe ser oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee la mujer y, en especial, en los procesos de duelo gestacional y perinatal, esta asistencia también se brindará al padre y la familia que así lo necesite.

16. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho.

20. A ser informada, basada en evidencia científica actualizada, desde la gestación, sobre los beneficios de la lactancia materna, a recibir apoyo para amamantar durante el posparto con asesoría oportuna, permanente y de calidad por un agente de salud experto en lactancia materna.

23. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado o sea solicitada de manera libre e informada por la mujer en el plan de parto por cesárea.

26. A que le sea entregada su placenta por los actores del sistema de la salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.

Por su parte, respecto de los deberes del Estado, el artículo N°8 detalla que es deber del Ministerio de Salud y Protección Social:

- (i) Promover la formación y actualización los actores del sistema de salud para el cuidado de la mujer, del feto y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, posparto lactancia, duelo gestacional y duelo perinatal, dependiendo del cuerpo de conocimiento de cada gremio de acuerdo a la normatividad vigente y evidencia científica actualizada.
- (ii) Diseñar un plan estratégico de divulgación de la ley, lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto, posparto, duelo gestacional y duelo perinatal, al feto y al recién nacido, estableciendo estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial; así como también elaboración de guías de práctica clínica, las que deben ser actualizadas acorde a la evidencia científica, cada 5 años.
- (iii) Garantizar la atención oportuna a los servicios especializados (incluyendo desplazamientos y alojamientos tanto de la mujer como del acompañante de ser necesario).

Por su parte, el mismo artículo detalla que es deber de Las autoridades judiciales y administrativas:

Respetar el principio de no discriminación en el marco de cualquier procedimiento que pueda afectar los derechos contenidos en la ley en comento. Sus decisiones no podrán basarse en estereotipos de género, ni respecto de la maternidad, ni respecto de la paternidad.

## b. Violencia Obstétrica

La **Ley N° 1.257 de 2008**, mediante la cual, adopta y garantiza a todas las mujeres una vida libre de violencia en protección a sus derechos fundamentales, no incluye la violencia obstétrica como conducta punible. Sin embargo, en Octubre del 2017, la senadora Nadia Blel impulsó el Proyecto de Ley número 147 de 2017, que busca dictar medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica, entendida como una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, configurada en las conductas de acción u omisión que ejerza el personal de salud de manera directa o indirecta y que afecte a la salud, la integridad sexual y la reproductiva de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y puerperio<sup>4</sup>.

## 3. Uruguay

### a. Parto Humanizado

Con la publicación de la **Ley N° 17.386 del 2001 sobre Acompañamiento Durante el Parto** que dispone en su título que "(...) toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional", y su reglamento establecido por el **Decreto N° 67/006 (2006)**, se comienza a cimentar la idea del parto humanizado en la normativa uruguaya.

Posteriormente, con la aprobación de la **Ley N° 18.426 del 2008 sobre Salud Sexual y Reproductiva**, se establece que dentro de los objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva (artículo 3°, letra c), entre otras cosas estará el:

"Promover el **parto humanizado** garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados".

Esta idea se ve reforzada en el **Decreto N° 293/010 (2010)**, que crea el reglamento de la ley antes mencionada. Así, en su artículo 6°, letras J, K, I y M, respectivamente, se establece que los servicios de salud sexual y reproductiva incluirán:

Captación precoz de mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud con enfoque de derechos sexuales y reproductivos en su transcurso, así como durante el parto, puerperio y etapa neonatal.

Creación de condiciones para la humanización del parto institucional.

<sup>4</sup> El mencionado proyecto, sigue aun en tramitación.

Promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y pos parto.

Información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y pos parto, con respeto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas.

Sin embargo no fue sino hasta que se promulgó el **Decreto N° 339/019**, que se establece el reglamento de la **Ley N°19.580**, de violencia hacia las mujeres basada en género, donde se define claramente lo que será entendido como **Parto Humanizado** (artículo 14°):

La práctica clínica de los equipos de salud deberá respetar, durante todo el proceso asistencial, el derecho de toda mujer:

- a. A ser tratada con respeto, de modo individual o y personalizado, a que se tengan en cuenta sus pautas culturales y se asegure la intimidad y confidencialidad. En particular, debe ser considerada, durante el trabajo de parto y nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista del mismo.
- b. A ser informada sobre las distintas intervenciones sanitarias que pudieren tener lugar, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas promoviendo las ventajas del parto natural cuando no existieran impedimentos.
- c. A presentar un Plan de Parto y Nacimiento<sup>5</sup>.
- d. A participar en forma gratuita en los cursos de preparación para el nacimiento que se deben implementar por parte de los prestadores de servicios de salud siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública.
- e. A participar en forma gratuita en los cursos de preparación para el nacimiento que se deben implementar por parte de los prestadores de servicios de salud siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública.
- f. Al acompañamiento de un referente emocional de su confianza durante el parto de acuerdo con la Ley N° 17.386 de 23 de agosto de 2001 y el Decreto Reglamentario N° 67/006 de 6 de marzo de 2006.
- g. Al respeto de los tiempos biológicos y psicológicos y la movilidad durante el trabajo de parto y la libre elección de la posición para parir, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por la evolución del proceso de nacimiento y por el estado de salud de la gestante y de su hija o hijo.
- h. A ser informada 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, asegurando la toma de decisiones seguras e informadas.
- i. A tener a su lado a su hijo o hija inmediatamente al parto o cesárea y durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que la mujer o el recién nacido no requieran de cuidados especiales.
- j. Al respeto de sus principios, valores y prácticas culturales para decidir sobre la vestimenta (propia y la de su hijo o hija), la alimentación, el destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- k. A que se fomente la lactancia materna y su inicio lo más precozmente posible independientemente de la vía de nacimiento, a menos que sea contraindicado para su salud.

---

<sup>5</sup> El que será elaborado y tendrá los alcances previstos en el artículo 15 de este reglamento.

## b. Violencia Obstétrica

En la **Ley N°19.580 del 2018** se establece el concepto de violencia obstétrica en el cuerpo normativo del Uruguay. La ley tiene como objetivo “(...) garantizar el efectivo goce del derecho de las mujeres a una **vida libre de violencia** basada en género. Comprende a mujeres de todas las edades, mujeres trans, de las diversas orientaciones sexuales, condición socioeconómica, pertenencia territorial, creencia, origen cultural y étnico-racial o en situación de discapacidad, sin distinción ni discriminación alguna”. Para cumplir con este objetivo se establecen mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección, sanción y reparación (artículo 1°).

En el artículo 4° de la ley en comento se describe la violencia de género de la siguiente forma:

“La violencia basada en género es una forma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres.

Se entiende por violencia basada en género hacia las mujeres toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres.

Quedan comprendidas tanto las conductas perpetradas por el Estado o por sus agentes, como por instituciones privadas o por particulares”.

Luego, en el artículo 6° de la ley se definen 18 manifestaciones de violencia basada en género, las que —expresa— pueden no ser excluyentes entre sí ni ser esta una lista exhaustiva —es decir, pudieran no encontrarse explicitadas todas las posibles—: (1) violencia física (2) violencia psicológica o emocional (3) violencia sexual (4) violencia por prejuicio hacia la orientación sexual, identidad de género o expresión de género (5) violencia económica (6) violencia patrimonial (7) violencia simbólica (8) violencia laboral (9) violencia en el ámbito educativo (10) acosos sexuales callejeros (11) violencia política (12) violencia mediática (13) violencia femicida (14) violencia doméstica (15) violencia comunitaria (16) violencia institucional (17) violencia étnica racial.

En particular la violencia obstétrica queda definida:

(18) Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos.

La mencionada ley establece un sistema interinstitucional de respuesta a la violencia basada en género hacia las mujeres, que es integral, interinstitucional e interdisciplinario, incluyendo acciones de prevención, servicios de atención, mecanismos que garantizan el acceso eficaz y oportuno a la justicia,



medidas de reparación, el registro y ordenamiento de la información, formación y capacitación de los operadores y evaluación y rendición de cuentas.

## Referencias

---

### Referencias Generales

- Arguedas Ramírez, Gabriela. (2014). "La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense". Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, Vol. 11, No. 1 Enero-Junio, 2014, 145-169. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4769/476947241008.pdf>
- Alliance Francophone pour L'Accouchement Respecté (AFAR). (S/F). La Alianza de Habla Francesa para Respetar el Parto. Disponible en: <https://afar.info/?lang=es#:~:text=La%20Alianza%20de%20Habla%20Francesa%20para%20Respetar%20el%20Parto&text=AFAR%20se%20compromete%20a%20garantizar,que%20se%20respeten%20estas%20opciones.>
- Asociación Argentina de Parteras independientes (AAPI). (2013). I Jornada de Participación Ciudadana para la Definición de la Violencia Obstétrica. 2013. Por el Derecho a Elegir Cómo Parir y Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del parto y nacimiento (Relacahupan) y las Casildas. Disponible en: [http://www.diariofemenino.com.ar/documentos/I\\_JORNADAS\\_VIOLENCIA\\_OBSTETRICA.pdf](http://www.diariofemenino.com.ar/documentos/I_JORNADAS_VIOLENCIA_OBSTETRICA.pdf)
- Association for Improvements in the Maternity Services. (2021). Position Paper Obstetric Violence. Disponible en: <https://www.aims.org.uk/assets/media/729/aims-position-paper-obstetric-violence.pdf>
- Biurrun-Garrido, Ainoa y Goberna-Tricas, Josefina. (2013). La Humanización del Trabajo de Parto: Necesidad de Definir el Concepto. Revisión de la Bibliografía. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/49091>
- Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. (S/F) Qu'est-ce que le CIANE. Disponible en: <https://ciane.net/ciane/ciane/>
- Edward MM, Kibanda Z. (2022). Obstetric violence: A Public Health Concern. Health Sci Rep. 2022 Dec 28; 6(1):e1026. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9795374/>
- Galimberti, Diana. (2015). "Violencia Obstétrica". Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: [http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf)

- García, Eva Margarita. (2018) La violencia obstétrica como violencia de género .Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales Doctorado en Ciencias Humanas: Geografía, Antropología y Estudios de África y Asia. Línea de investigación: Antropología de orientación pública. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2018). Mieux accompagner les femmes lors d'un accouchement. Disponible en: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2823161/fr/mieux-accompagner-les-femmes-lors-d-un-accouchement](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2823161/fr/mieux-accompagner-les-femmes-lors-d-un-accouchement)
- Haute Autorité de Santé. (2017a). Summary of practice guideline. Normal childbirth: Physiologic labour support and medical procedures. Disponible en: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/normal\\_childbirth\\_-\\_physiologic\\_labour\\_support\\_and\\_medical\\_procedures\\_-\\_summary\\_of\\_practice\\_guideline.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/normal_childbirth_-_physiologic_labour_support_and_medical_procedures_-_summary_of_practice_guideline.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2017b). Recommandation de Bonne Pratique (RBP). Accouchement Normal: Accompagnement de la Physiologie et Interventions Médicales. Méthode Recommandations pour la Pratique Clinique. Disponible en: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf)
- Malisa, Bettsi. (2018). "El parto humanizado y la medicina tradicional ancestral en las comunidades rurales del cantón salcedo en el año 2014". Trabajo de Investigación, previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en Antropología Visual y Medios Digitales. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28410/1/FJCS-POSG-123.pdf>
- Ministerio de Justicia y DDHH. (S/F). Parto Humanizado. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/levsimple/parto-humanizado#titulo-1>
- OMS-OPS. (1985). El Nacimiento No Es Enfermedad! 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. . Disponible en: <https://www.sarda.org.ar/images/1995/4-5.pdf>
- OMS. (2000). Declaración de Ceará en Torno a la Humanización. Disponible en: <http://www.nacimientosrespetado.com/decretos/latinoamerica1.pdf>
- OMS/OPS. (2013). Informe monográfico 2007-2012. Violencia de Género en Chile, Observatorio de Equidad de Género en Salud. Disponible en: <http://www.eme.cl/wp-content/uploads/ViolenciadegeneroenChile.pdf>
- OMS. (2014). Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato Durante la Atención del Parto en Centros de Salud. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=C72D6B1077AD7D25D68B310B7EF9E729?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=C72D6B1077AD7D25D68B310B7EF9E729?sequence=1)

- OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- ONU. (1981). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (1981). Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981. Disponible en: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf)
- ONU Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW). (1999). CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health). Disponible en: <https://www.refworld.org/docid/453882a73.html>
- OPS. (2023). Fortalecer el parto humanizado es una necesidad para mejorar la calidad de atención a las mujeres. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/22-3-2023-fortalecer-parto-humanizado-es-necesidad-para-mejorar-calidad-atencion-mujeres>
- Sadler, Michelle. (2003). “Así me Nacieron a mi Hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario”. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile. Disponible en: [http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi\\_me\\_Nacieron\\_a\\_mi\\_Hija.\\_Aportes\\_antropologicos\\_para\\_el\\_analisis\\_de\\_.pdf](http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos_para_el_analisis_de_.pdf)
- Walsh, DJ. Childbirth Embodiment: problematic aspects of current understandings. Social Health Illn. 2010; 32: 486-501. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9566.2009.01207.x>
- Wagner, Marsden. 2006. El Cuidado Maternal en España 2006: La Necesidad de Humanizar el Parto. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986342>

## Referencias Normativas

### Argentina

- Ley N° 25.929 (2004). Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida. República Argentina. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Ley N° 26.485 (2009). Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. República

Argentina Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Decreto 2035/2015 (2015) Reglamentación de la Ley N° 25.929. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-2035-2015-252755/texto>

### Colombia

Ley N° 1.257 (2008) Por la cual se dictan normas para prevenir erradicar y sancionar toda forma de violencia contra las mujeres se reforman los códigos penal, de procedimiento penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Disponible en: <http://www.secretariassenado.gov.co/leyes-de-la-republica>

Ley N° 2.244 (2022) Por Medio de la Cual se Reconocen los Derechos de la Mujer en Embarazo, Trabajo, Parto y Posparto y se Dictan otras Disposiciones o "Ley de Parto Digno, Respetado y Humanizado". Congreso de Colombia. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,derechos%20de%20los%20reci%C3%A9n%20nacidos.>

Proyecto de Ley número 147 de 2017. Congreso de la Republica de Colombia. Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2017-2018/1036-proyecto-de-ley-147-de-2017>

### Francia

Loi n° 2013-1118 (2013) autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028279423>

### Uruguay

Decreto N° 67/006. (2006). Reglamentación a la Ley de Acompañamiento de la Mujer en el Parto, Parto y Nacimiento. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/67-2006>

Decreto N° 293/010 (2010). Reglamentación de la Ley N° 18.426 Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/293-2010>

Decreto N° 339/019 (2019). Reglamentación de la Ley 19.580, Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/339-2019>

Ley N° 17.386 (2001) Ley de Acompañamiento a la Mujer en el Parto, Parto y Nacimiento. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>

Ley N° 18.426 (2008). Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Ley N° 19.580 (2018). Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Uruguay. Modificación a disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la ley 17.514. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

---

### Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0  
(CC BY 3.0 CL)