



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Derecho

Máster Universitario en el Ejercicio de la Abogacía

**La violencia obstétrica en España.
Perspectiva social y jurídica.**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Elia Cuatrecasas Vives
Tipo de trabajo:	Investigación teórica
Área jurídica:	Penal
Director/a:	Olalla Baz Cores
Fecha:	16 de diciembre de 2021

Resumen

La OMS y la ONU llevan más de tres décadas alertando del trato irrespetuoso, ofensivo o negligente que reciben las mujeres en los centros de salud durante el parto. Nos encontramos ante una normalización de prácticas que están obsoletas y que suponen una violación de derechos humanos, como una vulneración al derecho a la salud y como una manifestación de violencia de género. En España existe un abuso de la medicalización del parto, las tasas de cesáreas e inducciones son muy altas y, en multitud de ocasiones, el consentimiento informado es vulnerado.

En este trabajo se busca profundizar sobre este tipo de prácticas desde una perspectiva social y legal, reflejando las estadísticas y posturas más recientes, y realizando un análisis pormenorizado de la problemática, de los principales mecanismos legales para afrontarla, con especial mención a la vía penal, así como de los retos que presenta su posible tipificación.

Palabras clave: violencia obstétrica, violencia de género, vulneración del derecho a la salud, derechos humanos

Abstract

The WHO and the UN have been warning for more than three decades about the disrespectful, offensive or negligent treatment that women receive during childbirth in health centers. We are facing a normalization of practices that are obsolete and represent a violation of human rights, as a violation of the right to health and as a manifestation of gender violence. In Spain there is an abuse of the medicalization of childbirth, the rates of cesarean sections and inductions are very high and, on many occasions, informed consent is violated.

The aim of this paper is to examine this type of practice from a social and legal perspective, reflecting the most recent statistics and positions, and carrying out a detailed analysis of the problem, the main legal mechanisms for dealing with it, with special mention of the criminal route, as well as the challenges presented by its possible legal classification.

Keywords: obstetric violence, gender violence, violation of the right to health, human rights.

Índice de contenidos

1.	Introducción	7
1.1.	Justificación del tema elegido	7
1.2.	Problema y finalidad del trabajo	7
1.3.	Objetivos.....	8
2.	Marco teórico y desarrollo	9
2.1.	Contextualización	9
2.1.1.	Término «violencia obstétrica»	9
2.1.1.1.	Debate terminológico	10
2.1.1.2.	Violencia obstétrica vs. mala praxis	12
2.1.2.	Prácticas habituales	13
2.1.3.	Antecedentes.....	17
2.1.3.1.	Declaración de fortaleza (1985)	17
2.1.3.2.	Declaración «Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centros de salud» (2014).....	19
2.1.3.3.	Informe «Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica» (2019)	20
2.2.	Alcance de la situación	22
2.2.1.	La atención al parto en España.....	22
2.2.2.	Datos recientes	23
2.3.	Violencia obstétrica y derechos humanos.....	26
2.3.1.	Vulneración del derecho de la salud	26
2.3.2.	Violencia de género	28
2.4.	Marco normativo actual	30
2.4.1.	Normativa internacional y europea	30

2.4.2.	Normativa interna	32
2.5.	Resolución del CEDAW/C/75/D/138/2018.....	33
2.5.1.	Hechos	34
2.5.2.	Agotamiento de los recursos internos	35
2.5.3.	Observaciones del Estado, examen de admisibilidad y del fondo de la comunicación	36
2.5.4.	Informe de seguimiento	38
2.6.	Procedimientos legales para denunciar. Especial mención a la vía penal	39
2.6.1.	Medicina pública	42
2.6.2.	Medicina privada	44
2.6.3.	Vía penal	45
2.7.	Propuestas de regulación	47
2.7.1.	Regulación en América latina	47
2.7.2.	Viabilidad de la tipificación de la VO en España.....	48
3.	Conclusiones.....	51
	Referencias bibliográficas.....	53
	Listado de abreviaturas	63

Índice de figuras

Figura 1. Vías de reclamación para medicina pública	42
Figura 2. Vías de reclamación para medicina privada	44

1. Introducción

Este trabajo analiza y explora la violencia obstétrica en España, tratando su aspecto social y jurídico. Tras la investigación sobre el tema, se ha evidenciado que, de forma generalizada, se realizan a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio prácticas que van en contra de la evidencia científica y de las recomendaciones de organizaciones internacionales en defensa de los derechos humanos. Pese a que el concepto se ha empezado a popularizar en nuestro país, sigue siendo una realidad desconocida de la que apenas se conoce su alcance. Por ello, ha sido fundamental estudiar y ahondar en la problemática desde todos los elementos que lo configuran, a fin de poder entender su complejidad y tratar de dar una respuesta jurídica para abordarla.

1.1. Justificación del tema elegido

Los testimonios de mujeres víctimas de violencia obstétrica que han alzado su voz, han permitido visibilizar esta problemática, poniendo de manifiesto que nuestro actual sistema de asistencia a la salud reproductiva de las mujeres no funciona adecuadamente. Al hallarnos ante prácticas que vulneran los derechos humanos y que podrían considerarse una forma de violencia de género, es indudable que nos cuestionemos el alcance de las mismas, así como los instrumentos institucionales y normativos existentes que pueden amparar y proteger a las víctimas. Por ello, tras identificar un problema social y jurídico de gran importancia y que afecta a multitud de mujeres, ha sido fundamental profundizar sobre el mismo para tratar de responder a las siguientes cuestiones: ¿existe violencia obstétrica en España? Y si existe, ¿es un problema sistémico o puede asemejarse a negligencias médicas puntuales?

Su importancia educativa y científica es indudable, puesto que actualmente hay escasas referencias y fuentes doctrinales y académicas al respecto, sobre todo que estudien la problemática desde la vertiente jurídica. Además, aún no existen resoluciones judiciales nacionales que hayan condenado estas prácticas como violencia obstétrica.

1.2. Problema y finalidad del trabajo

Como se ha venido refiriendo, se ha detectado un problema social que afecta a las mujeres, del que existe un gran desconocimiento y del que es necesario ofrecer una respuesta jurídica. El haber conceptualizado esta realidad, ha permitido a muchas mujeres identificar que han sido víctimas de violencia obstétrica y ser conscientes de lo que debe ser un parto normal.

Se ha evidenciado que las causas de la violencia obstétrica son profundas y que existen carencias en nuestro ordenamiento para prevenir estas prácticas y poder indemnizar a las víctimas adecuadamente. Así, la finalidad de la presente investigación es acercar el concepto de violencia de obstétrica y analizar los aspectos legales, tratando de dar respuestas a las carencias actuales.

1.3. Objetivos

El objetivo desde el inicio de la investigación ha sido profundizar sobre todos los elementos que conforman este problema social, tratando de hacer un estudio y una reflexión profunda sobre el mismo, así como entender los derechos que tienen las mujeres durante el parto.

De este modo, el presente trabajo busca aportar una visión general sobre la violencia obstétrica, a fin de visibilizarla y profundizar sobre sus causas, consecuencias e implicaciones legales. En concreto, se han plasmado las prácticas más habituales que se realizan, analizando la vulneración de derechos humanos que implica.

Además, se ha planteado la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, analizando las dinámicas de poder, realizando una especial mención a la reciente resolución del Comité para Eliminación de la Discriminación contra la Mujer que condena a España por un caso de violencia obstétrica.

Una vez planteada la problemática, se ha examinado el marco normativo actual y las vías de reclamación actuales y, en concreto, la jurisdicción penal. Así, se han analizado las carencias y obstáculos de nuestro ordenamiento jurídico para dar respuesta a las víctimas. En esta misma línea, se ha reflexionado sobre la viabilidad de la posible tipificación de la violencia obstétrica en España y se han presentado distintas propuestas para prevenir y promover el respeto de los derechos de las mujeres en la atención obstétrica.

Por todo ello, este trabajo aspira a ser un proceso de deconstrucción de las creencias y prejuicios en torno a lo que se ha venido considerando como un parto normal y respetado, poniendo el foco en los derechos de las mujeres para comprender las consecuencias que producen las prácticas obstétricas que se llevan a cabo en los hospitales de España.

2. Marco teórico y desarrollo

En la presente investigación, se va a analizar la situación actual de la violencia obstétrica (en lo sucesivo, VO) en España, tratando de contextualizar la misma para estudiar su vertiente legal. Se examinarán los instrumentos jurídicos existentes en nuestro ordenamiento así como sus carencias y obstáculos para que las víctimas puedan conseguir una reparación adecuada. Además, se va a revisar la regulación de la VO en otros países, a fin de poder valorar su posible tipificación.

2.1. Contextualización

En las últimas décadas, se ha evidenciado que las instituciones sanitarias de alrededor del mundo ejercen un maltrato, falta de respeto y violencia sobre las mujeres, fundamentalmente durante el parto. Este tipo de violencia, comúnmente conocida como VO ha empezado a visibilizarse en España, si bien aún sigue desconociéndose su magnitud y alcance.

Con el fin de perfilar el problema existente, se va a realizar una primera aproximación al término, analizando las diversas definiciones aceptadas así como las prácticas más habituales que suelen darse en España.

2.1.1. Término «violencia obstétrica»

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) ha definido la VO como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud hacia las mujeres embarazadas, en el parto y el puerperio, que constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. Las prácticas que incluye consisten en una violencia que mayoritariamente se expresa en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar el proceso reproductivo natural (BELLI 2013), así como en usar en exceso la medicalización durante el parto (GOBERNATRICES 2018). Además, implica ignorar la autoridad y la autonomía de la mujer sobre su sexualidad, su cuerpo y su experiencia de gestación y parto, así como las necesidades emocionales de la madre y del bebé. También puede conllevar ignorar la espontaneidad, las posturas, los ritmos y los tiempos que requiere el parto para su normal desarrollo (JESUSA RICOY 2013).

Son muy clarificadoras las definiciones legales recogidas en diversos ordenamientos jurídicos de países de Latinoamérica. Por ejemplo, en Argentina el art. 6.e) de la Ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los

ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales define la VO como aquella que ejercen los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres y que se manifiesta en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Por su parte, el art. 15.13 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela añade que la VO trae consigo una pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre los cuerpos y sexualidad de las mujeres, impactando negativamente en su calidad de vida. Adicionalmente, en su art. 51 concreta los actos que son constitutivos de VO tales como la alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo con el uso de técnicas de aceleración sin el consentimiento voluntario de la madre u obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas cuando puede realizarse el parto vertical, entre otras prácticas.

Por tanto, podemos ver que todas las definiciones coinciden en que la VO es una conducta de acción u omisión por parte del personal de la salud, que se apropia del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres y que supone una forma de violencia de género y una vulneración de derechos humanos (CORRAL 2018).

Es importante referir que la VO no está presente solo en el momento parto, pudiendo suceder durante el embarazo, el postparto y la lactancia. Ahora bien, en la presente investigación se va a hacer especial mención a las prácticas utilizadas durante el parto.

2.1.1.1. Debate terminológico

El concepto de VO fue empleado por primera vez por el doctor inglés BLUNDELL (1827) para denunciar las prácticas a las que eran sometidas las mujeres embarazadas de la época, que eran utilizadas como medios para experimentar. Respecto al uso del término en español, las referencias no se encuentran hasta finales del siglo XX (RUIZ – BERDÚN 2018).

Debe indicarse que no siempre se usa el término VO para referirse a estas prácticas. En investigaciones y trabajos especializados se han empleado expresiones como «trato irrespetuoso y ofensivo», «violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud», «violencia institucional» o «autoritarismo médico». Sin embargo, el término acuñado y más extendido en Latinoamérica y España es el de VO.

Es indudable que el término VO es consistente y presenta connotaciones negativas, lo que ha provocado que parte de los profesionales sanitarios no comulguen con el mismo. El Consejo

General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM 2021) manifestó su rechazo al concepto VO, calificándolo de «particularmente ofensivo» y pidiendo prudencia en su uso para no contribuir a deteriorar la necesaria confianza entre médico y paciente. Desde el CGCOM se niega la existencia de actos violentos en la atención a las pacientes, indicando que los procedimientos obstétricos que puedan ser considerados excesivos o inapropiados son acciones basadas en el principio de beneficencia para ofrecer a las mujeres la mejor opción. Asimismo, se afirma que las prácticas que la evidencia científica ha considerado innecesarias se han ido modulando, en aplicación del principio de autonomía.

En la misma línea, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O 2021) considera «tendencioso e injusto» el término VO, ya que comporta un significado jurídico de dolo. La S.E.G.O remarca la necesidad de no confundir la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas. No obstante, reconoce que el concepto de VO ha permitido dar a conocer las experiencias negativas de muchas mujeres y posicionarla en el debate público.

De este modo, puede apreciarse que la línea común seguida por los profesionales que niegan la existencia de la VO es afirmar que simplemente existen supuestos concretos de mala praxis o una percepción errónea del parto, pero no un problema normalizado y sistémico.

Hay ciertos sectores sanitarios que no han negado ni rechazado el término de VO. La Asociación Española de Psicología Perinatal (AEPP) y la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES) muestran su disconformidad con la postura del CGOM (2021). Reconocen que, a pesar de que hay profesionales que prestan asistencia a las mujeres con un trato ético, humanizado y aplicando un intervencionismo acorde a la evidencia científica, no puede negarse que se den prácticas que atentan contra los derechos fundamentales de las mujeres. Se reconoce que cada vez hay más evidencia sobre el alcance de la VO y, en consecuencia, debería optarse por observar dichas prácticas y no rechazar la posibilidad de que existan en la atención médica.

Por su parte, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME 2021) ha manifestado que en nuestro país se ha ejercido y se sigue ejerciendo VO, tal y como se ha venido reconociendo en diversos informes y resoluciones. La FAME alerta de que debe actuarse de forma contundente y firme, implicando a todos los profesionales de la obstetricia a fin de afrontar el problema.

Del mismo modo, la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología (SCOG 2021) y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC 2021) han afirmado que, pese a que el término VO puede generar incomodidad, es esencial superar este rechazo y entender su significado y alcance. Se reconoce que la VO tiene consecuencias graves para la salud de las mujeres como también para los propios profesionales sanitarios, que pueden convertirse en segundas víctimas. En consecuencia, es fundamental reconocer este tipo de violencia y profundizar sobre su conocimiento a través del debate constructivo y propositivo. Sin embargo, alertan de la preocupación de que el reconocimiento jurídico de la VO, como una forma de violencia de género, pueda implicar la criminalización de profesionales.

2.1.1.2. Violencia obstétrica vs. mala praxis

Llegados a este punto, es importante hacer mención a las diferencias existentes entre mala praxis o negligencia médica y la VO. Las abogadas SOUSA (2021) y FERNÁNDEZ (2020) coinciden en que nos encontramos ante realidades distintas. Por mala praxis entenderemos aquellos comportamientos puntuales o excepcionales que se deben a un error, a una falta de medios técnicos o pericia. Por su parte, la VO es algo sistémico, estructural y continuado que implica prácticas médicas que están desaconsejadas por la evidencia científica y suponen un abuso de la doctrina de la necesidad médica y de la vulnerabilidad de la mujer.

Para comprender la trascendencia de la problemática y las diferencias existentes entre ambos conceptos, es fundamental hacer referencia a la «violencia simbólica» introducida por el sociólogo BOURDIEU (1999). Según el autor, la violencia simbólica es aquella que proviene de sumisiones que ni siquiera se llegan a percibir como tales y que se sustentan en unas expectativas colectivas y creencias socialmente inculcadas. Es reveladora la aplicación de la violencia simbólica en la atención al parto que plantean CASAL-MOROS y ALEMANY-ANCHEL (2014). Las autoras entienden este tipo de violencia como aquella que nos inculcan y lo catalogamos como adecuado y que no nos llegamos a plantear ni cuestionar que pueda ser de otra forma. Al respecto, las autoras entienden que tenemos un modelo sanitario biomédico (entendido como la necesidad de tratamientos para todo) y jerarquizado (el paciente es el sujeto pasivo, carente de autonomía en muchas ocasiones). Así, las mujeres confían plenamente en los profesionales sanitarios, no llegando a cuestionarse en multitud de ocasiones si los procedimientos a los que se van a someter durante su embarazo y parto son adecuados, los riesgos derivados de los mismos y si existen alternativas menos invasivas.

De esta manera, en este tipo de prácticas obstétricas aparecen los tres elementos básicos que constituyen la violencia simbólica: el agente dominante que son los profesionales sanitarios que ejercen el «poder simbólico»; el agente dominado que serían las futuras madres que se ponen en manos de los profesionales y delegan la responsabilidad en ellos; y el capital simbólico como aquello que la futura madre debe (respeto y obediencia) al agente dominante a cambio de garantizar su salud y la del futuro bebé.

Las autoras han podido constatar que la mayoría de mujeres, *a priori*, optarían por un parto medicalizado para evitar el dolor. Sin embargo, tras informarles de todo el procedimiento y consecuencias, casi todas cambian de opinión, ya que la ausencia de dolor no les compensa los posibles efectos adversos. De esta forma, CASAL-MOROS y ALEMANY-ANCHEL consideran que el verdadero problema no es que las mujeres sean incapaces de tolerar el dolor. El conflicto radica, principalmente, en el exceso de confianza en la medicina actual y en la falta de información sobre este tipo de procesos. Todo ello, ha conllevado a que no se tenga una idea verdaderamente realista y acertada de lo que supone un parto medicalizado y que las mujeres consientan someterse a ciertas intervenciones que no hubieran aceptado en caso de tener toda la información necesaria.

En definitiva, es evidente que el término VO comporta unos matices negativos que pueden ser cuestionados, pero no puede conducirnos a ignorar o negar una problemática que indiscutiblemente existe o asemejarlo a negligencias médicas puntuales. Nos encontramos ante unos comportamientos que se han interiorizado y normalizado y que, en multitud de ocasiones, no son conscientes ni los profesionales que la ejercen ni las mujeres que lo reciben. Es muy acertada la reflexión de la filósofa ADÁN (2018) que indica que el concepto de VO ayuda a denunciar una situación de vulnerabilidad obstétrica que padecen las mujeres y a intentar avanzar en la erradicación del sufrimiento. No obstante, no debemos cerrarnos a nuevos términos que puedan delimitar con mayor precisión esta realidad.

2.1.2. Prácticas habituales

Como hemos adelantado, la VO puede manifestarse de múltiples maneras y en diferentes momentos del embarazo y puerperio de la mujer. A continuación, se detalla una clasificación sobre las prácticas más habituales que se dan en los hospitales españoles. Debe indicarse que la categorización es de elaboración propia, y se ha realizado a partir de las conclusiones extraídas del análisis de los datos contemplados en los informes e investigaciones más

recientes. Asimismo, para tratar de plasmar estas prácticas de una forma ilustrativa, algunas se han conceptualizado con las expresiones que suelen utilizar los profesionales sanitarios en los paritorios.

Por una parte, encontraríamos aquellas prácticas no recomendadas por la evidencia científica. Podemos destacar, las siguientes:

- **«Episiotomías sistemáticas»**

Esta práctica consiste en cortar la piel y los músculos que rodean la vagina para agrandar y acelerar la salida del bebé. Si bien es cierto que la episiotomía puede ser recomendable en ciertos momentos, la tendencia es a hacerlas sistemáticamente, tal y como se desprende de los datos más recientes. Además, la evidencia ya ha demostrado que esta práctica no ayuda al bebé ni a evitar desgarros a la madre. FERNÁNDEZ (2021) asegura que la práctica de episiotomías son la forma occidental de mutilación genital femenina. Los daños más frecuentes que conlleva la episiotomía son el sangrado crónico, dolor perineal, dolor en relaciones sexuales, incontinencia fecal y urinaria, así como facilidad para contraer infecciones. Esta práctica suele ir acompañada de lo que se conoce como «el punto para el marido», que consiste en coser la vagina con un punto más de lo necesario, con el fin de dejar la apertura vaginal más cerrada, pensando en un mayor disfrute para el hombre en las futuras prácticas sexuales.

- **«Fórceps didácticos»**

El fórceps es un instrumento con forma de tenazas que se coloca en la cabeza del feto para poder extraerlo, simulando un parto normal. La expresión «fórceps didácticos» hace referencia a cuando se utiliza esta técnica durante el parto para que los estudiantes sepan cómo realizarlo. Esta práctica, en muchas ocasiones, se lleva a cabo sin el consentimiento de la madre y sin que exista una indicación médica, es decir, siendo innecesario en ese parto el uso de los fórceps (EL PARTO ES NUESTRO 2013).

- **Aceleración o inducción injustificada del parto**

Consiste en iniciar el parto por medios artificiales o bien, habiéndose iniciado espontáneamente, efectuar prácticas con el fin de reducir su duración. En ciertos casos la inducción al parto está justificada, ya que producirá mayores beneficios en la salud de la madre y del feto que el riesgo de seguir con el embarazo (por la rotura prematura de la bolsa

amniótica o sospecha de riesgo fetal, entre otras). No obstante, es habitual llevar a cabo prácticas para inducir el parto cuando no existen indicaciones médicas. Por ejemplo, es común la amniorrexis artificial, es decir, la rotura de la bolsa de las aguas de forma no espontánea, para aumentar las contracciones y disminuir la duración del parto. También es usual el abuso de la oxitocina sintética, la cual es una hormona que se utiliza para inducir o acelerar el parto y que provoca unas contracciones más fuertes y dolorosas que las originadas por la oxitocina endógena, que es la que se origina de manera natural. Esto suele conducir a que la mujer solicite la administración de la epidural para paliar el dolor. Sin embargo, la epidural también ralentiza el parto, obligando a aumentar la dosis de oxitocina, lo que puede conllevar riesgos tanto para la madre como para el bebé (EL PARTO ES NUESTRO, sin fecha).

- **Maniobra de Kristeller**

Esta técnica implica ejercer una presión sobre el fondo uterino para aumentar la presión abdominal durante el expulsivo, realizándose con una mano, dos o con el antebrazo, y al mismo tiempo de la contracción y en dirección a la pelvis materna. Su finalidad es acortar la duración del parto y ayudar a la salida del bebé (EL PARTO ES NUESTRO 2013). La OMS en la Guía sobre atención al parto normal (1996) clasificó esta práctica en la categoría de las que no existe una evidencia clara para fomentarlas. Por su parte, la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal del Ministerio de Sanidad (2010) concluyó que no existen pruebas del beneficio de esta maniobra, no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos y tampoco reduce la tasa del parto instrumental.

- **Cesáreas innecesarias o sin indicación médica**

Hay casos en los que la práctica de la cesárea se realiza innecesariamente o sin indicación médica, pudiendo resultar en un mayor riesgo tanto para la madre como para la criatura, aumentando la probabilidad de requerir de una transfusión o incluso en la extracción del útero (DE MARTOS 2010).

- **Separación madre – bebé sin justificación**

La separación entre una madre y un bebé recién nacido puede tener graves consecuencias que no se tienen en cuenta, como por ejemplo perjudicar a la creación del vínculo afectivo, alterar negativamente la lactancia materna, e incluso incrementar el riesgo de que la madre pueda sufrir depresión.

Otras prácticas habituales son:

- **Obligación de administración de enema**

Esta práctica consiste en administrar un laxante por vía rectal para vaciar el colon y evitar que en el periodo expulsivo salgan heces. La evidencia científica ha desmontado su utilidad.

- **Depilación del vello púbico**

Durante mucho tiempo se ha afirmado que puede reducir infecciones y facilitar la sutura, aunque no existe actualmente evidencia que lo corrobore.

- **Programación del parto sin razones de salud**

El informe más reciente que analizó los nacimientos desde 1985 hasta 2015 (DONA A LLUM 2018), constató que las cifras de nacimientos en sábados y domingos es sensiblemente menor cada año. Por falta de datos, el estudio se focalizó en Cataluña y en la Comunidad de Madrid, concluyendo que hay una tendencia similar a desplazar las fechas de los nacimientos al horario laboral, que empezó a producirse en la explosión de natalidad de los años 70 y que se consolidó en el año 2015.

Por otra parte, podemos identificar aquellas prácticas que vulneran los derechos humanos, entre las que se resaltan:

- **Vulneración de la autonomía y consentimiento informado de la paciente**

A muchas mujeres se les practica actos médicos coercitivos sin informales ni explicarles y sin obtener su consentimiento o rechazo. Como acertadamente afirma FERNÁNDEZ (2018), hay una tendencia a rebajar el poder de decisión de la mujer. En vez de utilizar el concepto legal «toma de decisiones libres e informadas» que reconoce la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, se suelen utilizar expresiones como «participar en la toma de decisiones» o «las decisiones se tomarán de forma conjunta entre médico y la paciente».

- **Maltratos verbales**

Podemos destacar la infantilización de la mujer, faltas de respeto, humillaciones o culpabilizar a la madre de ciertas consecuencias en el parto.

Todas estas prácticas nos conducen a las siguientes reflexiones:

- Puede apreciarse una inclinación a patologizar y medicalizar el parto que, en multitud de ocasiones, provoca una cascada de intervenciones con los potenciales riesgos de secuelas que ello implica, como en el caso del uso de la oxitocina.
- En este punto, entra en juego el concepto de «parto respetado», entendido como aquel proceso natural y no patológico que tiene en cuenta en todo momento los deseos de la madre, se le trata como un sujeto con derecho a decidir y capaz de responsabilizarse de su salud. Así, durante el parto, principalmente deben respetarse cuatro aspectos: la fisiología del parto, los deseos y necesidades de la mujer así como sus derechos y los del bebé (GARCÍA 2018).
- Asimismo, existe un abuso de la doctrina de la necesidad médica en las prácticas obstétricas que tratan de justificar los malos tratos. Es indudable que hay casos de emergencia en los que cada segundo es crucial y en ese momento será imposible dar la información a la paciente antes de actuar. Sin embargo, hay situaciones que sí son evitables. Por ejemplo, en una intervención de urgencia será fundamental posteriormente dar a la mujer todas las explicaciones necesarias, no tener un trato deshumanizado con ella invalidando sus sentimientos y tratar de ofrecerle un apoyo y acompañamiento activo. En consecuencia, es esencial comprender que la salud de la mujer va más allá de lo inmediato (MIRIAM AL ADIB MENDIRI 2021).

2.1.3. Antecedentes

La OMS y la ONU llevan más de tres décadas alertando del trato irrespetuoso, ofensivo o negligente que reciben las mujeres durante el parto en los centros de salud. Así, nos hallamos ante prácticas que se han ido instaurando y normalizando de forma heterogénea y sin igual medida en todos los países del mundo. En este apartado se van a destacar los principales informes internacionales sobre la materia, haciendo especial mención a las conclusiones de la situación de los países europeos.

2.1.3.1. Declaración de fortaleza (1985)

En 1985 se celebró en Fortaleza (Brasil) la Conferencia sobre el Uso de las Tecnologías Apropriadadas para la Atención al Parto, en la que se instó a revisar el modelo biomédico de la atención a la gestión. Se concluyó que en los sistemas sanitarios se estaban llevando a cabo

prácticas no justificadas y de forma sistémica durante el parto. Se reconoció que toda mujer tiene el derecho a una atención al parto adecuada y debe tener un rol central durante toda el proceso, participando en la planificación, ejecución y evaluación.

Como resultado, se elaboró la Declaración de Fortaleza que recoge recomendaciones, alertándose en el propio documento que para la viabilidad de las mismas es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios, de los comportamientos de los profesionales y una redistribución de los recursos humanos y sanitarios.

Entre las recomendaciones generales que se incluyen podemos destacar las siguientes:

- Los países deben realizar investigaciones para evaluar las tecnologías en la atención al parto y establecer normas específicas en el uso de las mismas.
- Es necesario que las mujeres estén informadas de los distintos métodos de atención al parto a fin de que puedan elegir.
- La formación de los profesionales debe incluir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto así como incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de la información entre el equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.
- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales debe estar al alcance del público.

Dichas recomendaciones generales vienen acompañadas de algunas recomendaciones específicas, tales como:

- Un miembro elegido de la familia de la mujer debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- El recién nacido debe permanecer con la madre siempre que sea posible, no siendo una justificación de separación la observación del recién nacido.
- No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.
- Cada mujer debe decidir libremente la posición durante el expulsivo y debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos, salvo que sean necesarios para corregir o prevenir alguna complicación.

- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible, no estando justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- Las inducciones del parto deben reservarse para indicaciones médicas específicas y en ninguna región deberían superar el 10 %.

Por último, se insta a los países a fomentar una atención obstétrica crítica y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto. Asimismo, los organismos gubernamentales, sociedades científicas y demás grupos interesados deben ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de cesáreas, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos en la mujer y el hijo.

2.1.3.2. Declaración «Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centros de salud» (2014)

El 23 de septiembre de 2014 la OMS publicó otro informe en el que reconoce y alerta de las prácticas obstétricas que reciben las mujeres durante el parto. Así, se pone de manifiesto que, de las investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el parto, puede desprenderse que existen maltratos físicos, humillaciones y maltratos verbales, incumplimientos del consentimiento informado, o violaciones flagrantes de la privacidad, entre otros.

También se insta a una reorganización de los sistemas de salud adoptando nuevas políticas, con el objetivo de fomentar la atención materna respetuosa. La OMS afirma que son necesarias las siguientes acciones:

- Mayor respaldo de los gobiernos para realizar más investigaciones y acciones sobre el maltrato y faltas de respeto, con el objetivo definir y medir la magnitud de la problemática para comprender mejor su impacto en la salud de las mujeres.
- Desarrollar programas para mejorar la calidad de la atención de la salud materna y fomentar cambios en los comportamientos de los profesionales de la salud.
- Realzar el derecho a la mujer a recibir una atención de la salud digna, respetuosa y de calidad en el embarazo y parto.
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en la mejora de la calidad de la atención y erradicación del maltrato y falta de respeto en el parto, siendo necesario que todos los agentes aúnen esfuerzos para identificar y notificar dichas prácticas y ejecutar medidas preventivas.

2.1.3.3. Informe «Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica» (2019)

El 11 de julio de 2019 la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, DUBRAVKA ŠIMONOVIĆ, presentó un informe en el que se analiza el maltrato y violencia contra las mujeres durante la atención al parto, señalando las causas profundas y los problemas estructurales y calificando la VO como un fenómeno generalizado.

La Relatora reconoce que muchas de las prácticas que se dan en la atención al parto, pese a no ser deliberadas ni intencionadas, dependiendo de las circunstancias, pueden configurarse como formas de maltrato, violencia contra la mujer o violaciones de derechos humanos. De la información recabada, se ha podido constatar que estas técnicas se producen en todo el mundo y afectan a las mujeres de todos los niveles socioeconómicos.

Se destaca la tendencia del uso excesivo de las cesáreas así como su planificación en días laborables. En la misma línea, se ha detectado un uso rutinario de las episiotomías, llevándose a cabo muchas veces cuando es innecesario y sin el consentimiento informado de la madre. La Relatora remarca los datos de España, donde las episiotomías alcanzan el 87 %. También se denuncian el uso de la maniobra de Kristeller, la vulneración de la intimidad y confidencialidad, la falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones por parte de las mujeres así como las agresiones verbales y observaciones sexistas. Se alerta de que todas estas prácticas pueden tener consecuencias importantes en la vida de la mujer, a nivel sexual, reproductivo y de salud mental.

Igualmente, se hace referencia al consentimiento informado, que no consiste en una simple firma, sino que debe ser un proceso de comunicación e interacción continuo entre el paciente y el personal sanitario. De esta forma, la información debe proporcionarse de un modo comprensible, accesible y adecuado, debiéndose respetar las necesidades y preferencias de la mujer.

La Relatora evidencia la existencia de una dinámica de poder en la relación entre el centro de salud y la paciente, que se ve agravada por los estereotipos de género y por la situación de vulnerabilidad de las mujeres durante el parto. Se hace hincapié en que se puede llegar a

fomentar una cultura de la impunidad cuando este tipo de violaciones no se remedian e incluso pasan inadvertidas. Este desequilibrio se evidencia con mayor fuerza cuando los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar los malos tratos durante el parto. Se subraya que las causas subyacentes del maltrato y violencia contra la mujer son las limitaciones de recursos y condiciones del sistema de salud así como la sobrerrepresentación de los hombres en la atención al parto.

El informe finaliza con una serie de recomendaciones para prevenir y combatir el maltrato, entre las que destacan las siguientes:

- Los Estados tienen que respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, aprobar leyes y políticas para combatir y prevenir este tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar una reparación e indemnización a las víctimas.
- Los sistemas de salud deben tener los recursos presupuestarios necesarios para ofrecer una atención a la salud materna y reproductiva de calidad y accesible.
- El maltrato y violencia contra las mujeres en el parto debe abordarse desde una perspectiva de derechos humanos, llevando a cabo investigaciones que incluyan las causas estructurales y sistémicas y publicando resultados para que se utilicen para la revisión de las leyes, políticas públicas y planes de acción nacionales.
- En cuanto al consentimiento informado, debe garantizarse su aplicación adecuada y efectiva, respetando la autonomía de la mujer, su integridad y su capacidad para tomar decisiones.
- Es necesario establecer mecanismos de rendición de cuentas a fin de garantizar la reparación de las víctimas, reconociendo la conducta inapropiada, acordando una indemnización económica y reparación suficiente, una disculpa formal y una garantía de no reiteración de la conducta. En el mismo sentido, debe garantizarse la responsabilidad profesional y las correspondientes sanciones desde las asociaciones profesionales así como la investigación exhaustiva e imparcial de las denuncias.
- Debe sensibilizarse a abogados, jueces y ciudadanos acerca de los derechos humanos de las mujeres en la atención del parto, a fin de utilizar eficazmente los recursos previstos en la ley.

2.2. Alcance de la situación

Como se ha indicado, la VO es un problema presente en todo el mundo que puede sufrir cualquier mujer, pero su manifestación no es uniforme en todos los países. Consecuentemente, es esencial conocer con más exactitud cuál es la situación actual en España. Por ello, se van a analizar las principales iniciativas gubernamentales para mejorar la atención del parto de nuestro país y los datos y estadísticas más recientes sobre las prácticas más generalizadas.

2.2.1. La atención al parto en España

En el año 2006 se inició en España un movimiento de demanda social, profesional e institucional en el que se pedían cambios en la atención del parto, que culminó con la «Estrategia de atención al parto normal» (EAPN) elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo junto con el Observatorio de Salud de la Mujer en el año 2008, y revisada en el año 2015. La EAPN reveló la necesidad de mejorar la atención al parto del sistema nacional de salud, identificando la atención al parto en España como un «modelo intervencionista institucionalizado». Se detectó que no siempre se respeta el derecho a participación de las mujeres en la toma de decisiones ni se evalúan las expectativas, o se asesora a las interesadas sobre los planes de parto.

Entre los objetivos de la EAPN destacan incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones durante el parto, ofrecer cuidados individualizados dependiendo de las necesidades de cada mujer, respetar sus decisiones y reorientar la formación del personal de la medicina y enfermería.

RECIO Y ARRANZ (2020) evalúan el impacto de la EAPN. Entre los principales hallazgos del estudio se constata una reducción de un 2 % de las tasas de cesáreas de los hospitales públicos en comparación con los privados con fines de lucro y una disminución del 0,08 % de la mortalidad perinatal y de las tasas de cesáreas, que supuso un ahorro directo de 131,7 millones de euros entre 2008 y 2011. No obstante, en términos de mortalidad perinatal, el efecto de la EAPN no ha sido suficiente para dejar a los hospitales del Sistema Nacional de Salud en el rango 10 – 15 % recomendado por la OMS del, incluso ni por debajo del 20%. Los autores recomiendan:

- Potenciar la EAPN llevando a la realidad prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, respetando la autonomía, integridad y capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas, formar y actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales y potenciar la investigación, innovación y difusión de buenas prácticas.
- Debe extenderse el ámbito de la EAPN a la sanidad privada, que es donde más intervenciones se producen.
- Se necesita un compromiso total de las comunidades autónomas para implementar la EAPN en sus territorios, ya que existen diferencias notorias en los datos de las regiones.
- Deben seguirse las recomendaciones internacionales de la OMS para reducir las cesáreas innecesarias y utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesáreas entre los territorios.
- Deben incrementarse el número de matronas en los hospitales como la profesional adecuada para atender un parto normal, así como fomentar su autonomía.

Además de la EAPN, desde el Ministerio de Sanidad junto con otros organismos públicos, han elaborado y publicado varios documentos que recogen recomendaciones y buenas prácticas clínicas basadas en la evidencia científica, con el fin de conseguir un mejor servicio asistencial. Podemos destacar, los Estándares y Recomendaciones para maternidades hospitalarias (2009), la Guía práctica clínica sobre la atención al parto normal (2010) o la Guía práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio (2014).

2.2.2. Datos recientes

Durante el año 2019 se llevó a cabo un estudio observacional transversal (MARTINEZ-GALIANO *et al.*, 2019) que incluyó casi a 900 mujeres que habían dado a luz en los últimos 12 meses en España. Más del 67 % de las mujeres encuestadas denunciaron haber sufrido VO; el 25 % verbal, más del 54 % física y más del 36 % psicoafectiva. El estudio concluye que dos de cada tres mujeres perciben haber sufrido VO durante el parto.

Otro estudio también basado en la percepción de VO por parte de las mujeres y las diferencias territoriales (MENA-TUDELA *et al.*, 2020) afirma que España tiene un grave problema de salud pública y de respeto a los derechos humanos en relación con la VO. Más del 38 % de las mujeres encuestadas aseguraron haber sufrido VO mientras eran atendidas durante el embarazo, el parto o el puerperio. En cuanto al trato, un tercio de ellas declaró haber recibido

críticas por su comportamiento y tratadas con diminutivos infantiles. Asimismo, casi la mitad de las mujeres fueron incapaces de resolver sus dudas sobre el proceso por el que estaban pasando o de expresar sus temores al respecto.

En el mismo estudio, se concluye que las comunidades autónomas con porcentajes más altos de VO son Madrid, Cataluña, la Comunidad Valenciana y Andalucía, siendo La Rioja, Castilla y León, Cantabria y Navarra las comunidades con menores porcentajes. Además, se constata que los protocolos de la sanidad privada están más obsoletos, presentan una menor humanización del parto y se descuidan los aspectos emocionales y psicológicos. Así, las tasas de intervención durante el parto (por ejemplo, parto inducido, parto instrumentalizado o cesárea) en la sanidad privada pueden llegar a triplicar las de la sanidad pública. El estudio recuerda que hace casi 10 años el Ministerio de Sanidad instó a la sanidad privada a proporcionar los indicadores de asistencia al parto y a la maternidad, y no solo las relativas a las tasas de cesárea. Sin embargo, esta petición sigue siendo ignorada, por lo que es lógico que la VO esté más relacionada con la sanidad privada.

En otro reciente estudio sobre el nivel de intervencionismo y medicalización durante el parto en España (MENA-TUDELA *et al.*, 2020), más del 44 % de las mujeres encuestadas respondió haberse sometido a procedimientos innecesarios y/o dolorosos. En cuanto al tipo de asistencia sanitaria, alrededor del 49 % declararon que los sufrieron en la sanidad pública y más del 58 % en la privada. El estudio revela que los niveles de intervencionismo y medicalización del proceso de parto en España son elevados, llevándose a cabo técnicas no recomendadas por organismos internacionales, ya que pueden tener importantes repercusiones en la salud de la mujer y del recién nacido, como es el caso de la maniobra de Kristeller. El estudio indica que alrededor del 35 % de las mujeres, tanto en la sanidad pública como en la privada, les practicaron dicha maniobra. Por su parte, el porcentaje de cesáreas que se llevan a cabo asciende a un 17 % en los hospitales públicos y a más de un 22 % en los privados. Se concluye nuevamente que el intervencionismo durante el parto presenta grandes diferencias entre la sanidad pública y la privada, teniendo esta última tasas altas de intervencionismo, menos satisfacción y sintiéndose las mujeres más inseguras y vulnerables.

Es revelador el estudio más actual sobre la materia (MENA-TUDELA *et al.*, 2021) enfocado a analizar los profesionales, áreas y momentos de la maternidad en las que se identifica la VO. En relación con el consentimiento informado solicitado e información recibida de los

profesionales sanitarios, alrededor del 46 % de la muestra de mujeres contestó que no fue informada sobre los procedimientos a los que iba a someterse ni se le solicitó expresamente el consentimiento informado. De ellas, casi el 52 % identificó a las matronas como el profesional responsable de no informarlas ni solicitar su consentimiento, el 74 % a los ginecólogos, alrededor del 30 % indicaron a las enfermeras, el 13 % a los pediatras y casi el 18 % señalaron a los anestesiistas. En cuanto al momento en que se dio la falta de consentimiento o de información, más del 38 % afirmaron que durante el embarazo, el 81 % durante el parto y alrededor del 21 % durante el puerperio.

En cuanto a los maltratos verbales recibidos por los profesionales, más del 34 % de las mujeres informó haber sido criticada por su comportamiento con comentarios irónicos y desacreditadores. De forma similar, más del 31 % de las encuestadas declaró haber sido tratadas con apodosos o diminutivos infantiles. Los maltratos verbales han sido vinculados a las matronas en un 43 % de los casos, a los ginecólogos en alrededor del 49 % y a las enfermeras en torno al 35 %. El momento en que se produjo dicho trato fue en más del 68 % de los casos durante el parto.

Asimismo, se analizaron los tratos coercitivos recibidos durante la asistencia a la maternidad. El 48 % de las madres declararon que no pudieron resolver sus dudas o expresar sus temores o preocupaciones. De ellas, cerca del 63 % señalaron a los ginecólogos como los profesionales a los que no podían expresarse o preguntar, mientras que el 46 % indicaron que este problema lo sufrieron con las matronas. El momento donde más se ejerció, una vez más, fue durante el momento del parto, aproximadamente en el 65 % de los casos.

De esta forma, el estudio corrobora que la despersonalización e infantilización y el tratamiento de la mujer como un objeto, existen desde las visitas prenatales hasta el puerperio, ejercitándose con mayor intensidad durante el parto.

Es interesante que los autores del estudio plantean como hipótesis que el tratamiento que reciben las mujeres puede estar relacionado con la sobrecarga de trabajo de los profesionales sanitarios españoles. Según los datos del año 2020 facilitados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo (en lo sucesivo, OCDE), España tiene menos médicos por cada 1000 habitantes que la media de otros países pertenecientes a la OCDE. En cuanto al número de enfermeros por cada 1000 habitantes, España cuenta con 5,9 enfermeros por cada 1000 habitantes, frente a Noruega que encabeza la lista con 18 enfermeros por cada 1000

habitantes. Esta sobrecarga de trabajo puede conducir al síndrome de burnout, que supone una peor calidad asistencial para los pacientes.

Teniendo en cuenta todas las estadísticas que se han ido exponiendo, puede concluirse que cada vez son más las mujeres que han podido detectar que durante la gestación y parto se han vulnerado sus derechos básicos. Asimismo, se constatan tasas muy elevadas de algunas prácticas, si bien existe poca claridad con algunos de los datos, sobre todo en el ámbito de la sanidad privada. En consecuencia, es necesaria una mayor predisposición y compromiso por parte de las instituciones para conseguir una mayor transparencia en la asistencia a la maternidad.

2.3. Violencia obstétrica y derechos humanos

En este apartado se trata de analizar la VO como una vulneración del derecho a la salud así como su consideración como violencia de género de conformidad al ordenamiento español actual.

La VO constituye una violación de derechos humanos. Esta violencia afecta al ámbito del derecho a la salud, pero también implica una forma de violencia de género ejercida contra las mujeres (ROSALES y VILLAVARDE 2006). De esta manera, todas las prácticas que se incluyen en el concepto de VO se encuentran prohibidas, ya que suponen la vulneración de derechos básicos reconocidos en convenios y normativas internacionales así como en las leyes nacionales. Asimismo, en cada situación de VO puede detectarse la vulneración de más de un derecho de las mujeres, lo que evidencia el carácter interdependiente e indivisible de los mismos (GONZÁLEZ 2016).

2.3.1. Vulneración del derecho de la salud

Como se ha referido anteriormente, desde hace más de tres décadas, organizaciones internacionales en defensa de los derechos humanos han venido advirtiendo de la necesidad de promulgar y fomentar la protección y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

BELLI (2013) afirma que el derecho a la salud no es un derecho aislado, por lo que debe comprenderse desde una concepción integral de los derechos humanos. En concreto, la VO puede implicar la vulneración del derecho a la dignidad (art. 10 CE), derecho a la vida e

integridad física y moral (art. 15 CE), a la libertad personal (art. 17 CE) y la intimidad (art. 18 CE).

Todas las prácticas que se llevan a cabo y que pueden implicar una vulneración del derecho a la salud, se relacionan estrechamente con la concepción errónea que se ha instaurado sobre lo que se considera que es un parto normal. Habitualmente el parto no deber ser asistido, sino que debe consistir en un acompañamiento y solo debe intervenirse cuando sea estrictamente necesario (MURIALDO 2021).

Asimismo, pueden verse vulnerados el derecho a la información o al derecho a decidir, que va unido estrechamente al consentimiento informado (arts. 2 y 4 de la Ley 41/2002). En este sentido, merece especial atención el concepto de «consentimiento informado». La ley lo define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente para que se practique una actuación que afecte a su salud, y la manifiesta tras recibir la información adecuada y estando en el pleno uso de sus facultades (art. 3). El ejercicio de ese derecho se suele realizar mediante las «hojas de consentimiento informado», que son formularios que elabora cada centro o profesional como soporte físico para facilitar el derecho a conocer y a decidir. Como recuerda FERNÁNDEZ (2021), esta hoja firmada no debe confundirse con el consentimiento en sí, ni debe implicar que no se lleve a cabo un diálogo personal, sincero y abierto en que la mujer pueda preguntar todas aquellas cuestiones necesarias para tomar una decisión informada.

También existe el conocido como «plan de parto», que de la misma forma que el consentimiento informado, incluye la voluntad de la futura madre de decidir si quiere o no que se le practiquen las intervenciones más habituales en el parto. Este instrumento legal, como documento de instrucciones previas, supone la expresión personalizada, anticipada y formal de la voluntad y autonomía de la mujer (CANTERO 2005). La autora apunta a que legalmente no se requiere ningún formalismo especial de la manera en la que los pacientes deben manifestar su voluntad, más allá de que sea por escrito. Pero, independientemente del modo que se adopte, siempre deben respetarse las decisiones libres e informadas de las mujeres. No obstante, la dinámica que suele emplearse en algunos hospitales son prácticas propias de la medicina defensiva. Así, en los últimos meses del embarazo, se entrega a las futuras madres hojas de consentimiento informado a fin de que las firmen por anticipado y en bloque, por cada una de las intervenciones que podrían practicarse durante el parto, y

advirtiéndoles sutilmente, que en caso de no entregarlas firmadas, no serán atendidas en el centro. Con todo ello, para considerar válido el documento de consentimiento informado es imprescindible permitir a las futuras madres manifestar su voluntad cumpliéndose los requisitos de libertad, información y capacidad.

Es común en la práctica que, en caso de urgencia, no se pida el consentimiento. El propio art. 2 b) de Ley 41/2002 establece que los profesionales podrán realizar intervenciones y estarán dispensados de contar con el consentimiento del paciente, cuando existe un riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del paciente, no siendo posible conseguir su autorización, consultando a los familiares o personas vinculadas cuando las circunstancias lo permitan. FERNÁNDEZ (2021) recuerda que el parto es un proceso fisiológico que se gestiona a través del ingreso por Urgencias de la mujer. Por sus características, muchas situaciones acaban siendo calificadas de urgencias por parte de los profesionales sanitarios, por lo que si se aplica de forma estricta la mencionada regla, se estaría privando de forma sistemática a las mujeres de decidir sobre cualquier intervención que a criterio del médico sea urgente, lo que conlleva a un abuso de la teoría de la necesidad médica. Sin embargo, no es solo la urgencia en sí la que autoriza las intervenciones no consentidas, sino que la paciente no pueda expresar su voluntad de aceptación o rechazo a la intervención (porque está inconsciente o privada de sus facultades mentales). Por tanto, si la mujer está consciente y en plenas facultades y existe un caso de urgencia, simplemente se eludirían algunos requisitos como la necesidad de constancia escrita del consentimiento, pero nunca del consentimiento en sí. A modo puramente ejemplificativo, si en medio del parto el médico considerase que es necesario extraer al bebé con el uso de fórceps, la mujer siempre debe tener el espacio para preguntar por qué, que le indiquen las alternativas para conocer si existen menos lesivas y decidir.

2.3.2. Violencia de género

Parece indiscutible que la VO implica la vulneración de los derechos de la salud. Sin embargo, es importante plantearnos si puede considerarse una forma de violencia de género y cómo encajaría tal consideración en la normativa actual española.

La OMS (1993) ha definido la violencia contra la mujer como todo acto de violencia de género que produce o puede resultar en un daño físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como privado. Se incluyen la amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad.

Se ha venido estableciendo una cultura médica predominantemente masculina, que ha interpretado las reacciones de las mujeres como una enfermedad que requiere de diagnóstico e intervención médica, sin entender así los intereses subjetivos de las mujeres en el proceso reproductivo (GIBERTI 1989). Por su parte, BELLI (2013) asegura que en el ámbito de la salud reproductiva existe una relación asimétrica entre las mujeres y los profesionales de salud que implica una desigualdad que entorpece el ejercicio de los derechos básicos de la mujer. De este modo, se refuerza la legitimación del intervencionismo y control por parte de los sanitarios sobre los deseos y voluntad de las mujeres. LAWSON (2012) considera que este tipo de prácticas son violencia basada en el género, que son producto de los valores patriarcales arraigados en la sociedad, y que constituyen un mecanismo de control social para mantener la subordinación de las mujeres.

En la misma línea, OBREGÓN (2018) considera que la VO pone de manifiesto la asimetría existente entre los hombres y mujeres en las relaciones de saber y poder en los procesos reproductivos. FERNÁNDEZ (2020) tiene claro que la VO es un tipo de violencia que solo puede ser ejercitada contra las mujeres y es una de las formas más graves de discriminación. Dicha discriminación suele basarse en estereotipos de género que perpetúan los estigmas de la mujer respecto a su cuerpo, sexualidad y reproducción. Al respecto es fundamental tener en cuenta que la VO se produce en un momento de vulnerabilidad física y psíquica. Durante el parto, la mujer está en un entorno ajeno y donde existe una evidente relación de poder entre el profesional de la salud y la parturienta (RODRIGUEZ 2017). Así, durante la asistencia del parto se ha producido una objetivización de las mujeres y una fragmentación de sus cuerpos y experiencias (VALLS – LLOBET 2016), poniendo en riesgo la libertad y capacidad para ser autónomas y tomar decisiones.

Consecuentemente, podríamos afirmar que la VO es una modalidad más de violencia de género con los elementos básicos que la constituyen, si bien cuenta con sus propias particularidades. No obstante, debemos tener en cuenta que en España, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género circunscribe este tipo de violencia de género exclusivamente al ámbito de la pareja o expareja. La violencia que pueden sufrir las mujeres en otros entornos como en el sanitario, por ejemplo, no entrarían dentro del concepto legislativo de violencia de género.

De forma similar ocurre con la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que hace mención al concepto de salud reproductiva (art. 2 c)), pero no incluye la necesaria protección en los momentos finales del embarazo, parto y postparto (PARIS Y GRACIA 2021).

Sin perjuicio de lo anterior, el hecho de que la VO no esté recogida en el concepto legal de violencia de género, no puede conducirnos a negar que este tipo de violencia se ejerce contra las mujeres debiendo ser considerada, además de una vulneración de derechos humanos, como una forma más de violencia de género.

2.4. Marco normativo actual

Una vez realizada esta primera aproximación al concepto de VO, es importante analizar el contexto normativo del mismo, estudiando los instrumentos jurídicos vertebradores que buscan proteger y garantizar los derechos de las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva.

2.4.1. Normativa internacional y europea

La premisa básica que prohíbe la VO la encontramos en la Declaración de los Derechos Humanos (1948), por la que se reconoce que todos los seres humanos tienen los mismos derechos (art. 1) y nadie puede ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes (art. 5).

Desde una perspectiva de género, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer (1979) constituye uno de los instrumentos fundamentales para la defensa de los derechos de la mujer, pues a lo largo de su articulado insta a los Estados para que aseguren la igualdad entre hombres y mujeres. En relación con la VO, podemos destacar que se obliga a los Estados a adoptar medidas que vayan encadenadas a prohibir la discriminación contra la mujer así como imponer las sanciones correspondientes (art. 2) y a modificar aquellos patrones socioculturales de conductas basados en la superioridad o inferioridad o en estereotipos género (art. 5). Además, se pide a los Estados que impulsen todas aquellas medidas para eliminar la discriminación y garantizar a la mujer unos servicios apropiados en la atención sanitaria del embarazo, el parto y postparto (art. 12). También se reconoce el derecho a las mujeres a recibir toda la información necesaria sobre los beneficios y potenciales efectos adversos de los tratamientos y procedimientos propuestos, así como de

las posibles alternativas (art.20). Unido a lo anterior, en el art. 22 se obliga a los Estados a ofrecer unos servicios aceptables para las mujeres, entendidos como aquellos que respetan la dignidad y son sensibles a sus necesidades y perspectivas, garantizan el consentimiento informando y aseguran la confidencialidad.

Por otro lado, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer, aprobada por la ONU en la sesión plenaria de 20 de septiembre de 1993, es otro de los instrumentos fundamentales en materia de derechos reproductivos. Por una parte, reconoce que además de otros actos, se considerará violencia contra la mujer toda la violencia física, sexual o psicológica que sea ejercida o tolerada por el Estado (art. 2.c). Nuevamente, se garantiza la protección del derecho a la mujer a no ser sometida a torturas ni a otros tratos inhumanos o degradantes (art.3). En su articulado también se menciona la obligación de condenar la violencia contra la mujer y elaborar planes de acción así como desarrollar una legislación con sanciones encaminadas a reparar el daño (art. 4).

Pese a que la presente investigación se centra en la violencia ejercida contra las mujeres, no debemos olvidar que en muchas ocasiones el recién nacido también puede sufrir daños, que la gran mayoría de veces son irreversibles. Al respecto, cabe mencionar la especial protección que se otorga en la Declaración de los Derechos de los Niños (1959) pues se prohíben prácticas que encajarían dentro del concepto de VO. De forma general, se indica que los Estados deben adoptar todas aquellas medidas para suprimir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños (art. 24.3). Específicamente, se prohíbe que el niño sea separado de sus padres en contra de su voluntad (art.9), cualquier trato negligente, descuido o perjuicio o que se le someta a tratos inhumanos o degradantes, entre otros (art. 19 y 37).

A nivel europeo, el Tratado de la Unión Europea (1992) reconoce la igualdad entre hombres y mujeres y la protección de los derechos del niño (art.3). Por su parte, la Convención Europea sobre Derechos Humanos (1950) en la misma dirección que los cuerpos normativos anteriormente citados, prohíbe la tortura, tratos inhumanos o degradantes (art. 3).

Con una perspectiva de género, encontramos el Convenio del Consejo de Europa sobre la Prevención y Lucha contra la Mujer y la Violencia Doméstica (2014) que es aplicable a todas las formas de violencia contra las mujeres. Se reconoce que los Estados adoptarán todas las medidas legislativas y de otro tipo para promover y proteger a las mujeres de la violencia (art. 4). Los Estados deberán abstenerse de cometer cualquier acto de violencia, asegurando que

los agentes institucionales así como demás actores que actúen en nombre del Estado se comporten de acuerdo con esta obligación (art. 5). Se reconoce también obligaciones de prevención de los Estados para erradicar los prejuicios, estereotipos y situaciones de superioridad, a través de programas de sensibilización, educación y formación de los profesionales (art. 12 y ss.). Por último, se insta a los Estados a que aseguren medios y mecanismos que faciliten el restablecimiento de las víctimas e indemnizaciones adecuadas (arts. 20 y 30).

2.4.2. Normativa interna

En nuestro ordenamiento jurídico no encontramos ninguna definición legal de violencia obstétrica, sino que partimos de la mención general del reconocimiento básico del derecho a la protección de la salud que reconoce la CE (art. 43.1). Por su parte, la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad reconoce ciertos derechos en el ámbito de la salud, si bien desde una perspectiva generalista. A modo meramente ejemplificativo, el art. 10 recoge el respeto a la dignidad humana sin que pueda discriminarse por razón de género, el derecho de acceso a la información sobre los servicios sanitarios de una forma adecuada y accesible y a utilizar las vías de reclamación previstos y a recibir una respuesta por escrito y en los plazos establecidos.

También es relevante la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, que contempla los derechos y obligaciones de los pacientes en la relación clínico-asistencial, en el ámbito de la información, documentación y consentimiento informado. La ley versa sobre unos principios básicos (art. 2) entre los que podemos destacar el consentimiento previo de los pacientes que, generalmente, requiere toda actuación en el ámbito de la sanidad. Asimismo, tras recibir la información adecuada, el paciente tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas y a negarse al tratamiento. Los profesionales sanitarios deberán respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por los pacientes. Además, se dedica el capítulo IV a definir el alcance del respeto de la autonomía del paciente y la manera en que debe prestarse el consentimiento informado.

Como hemos adelantado, la legislación española no reconoce como tal la VO explícitamente. No obstante, podemos encontrar algunos ejemplos de legislaciones autonómicas en la que se hace mención expresa a la protección de las mujeres contra este tipo prácticas. En Cataluña, la Ley 17/2020, del 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las

mujeres a erradicar la violencia machista reconoce como forma de violencia de género la VO y la vulneración de derechos sexuales y reproductivos. Se incluyen como formas de ejercerla impedir o dificultar a las mujeres la toma de decisiones así como aquellas prácticas obstétricas y ginecológicas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales (art. 4 d)).

También tenemos el ejemplo de Andalucía con el Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. Entre los derechos que se reconocen a la mujer podemos destacar el ser tratada con el máximo respeto y corrección, a facilitar su participación como protagonista en su propio parto, así como hacerla partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. Adicionalmente, se le reconoce el derecho a un parto natural, sin acelerarlo ni retrasarlo a menos que sea necesario por la salud de la madre o del feto, a estar acompañada de una persona de confianza o a tener a su lado al bebé durante la estancia en el hospital, entre otros (art. 2). Además, se garantizan derechos del recién nacido hospitalizado (art. 3) y se establecen vías de reclamación en caso de vulneración de derechos (art. 5).

Por último, cabe señalar el caso de la Comunidad Valenciana que aprobó la Ley 8/2018 por la que se modifica la Ley 10/2014 de Salud de la Comunitat Valenciana. En el cuerpo legal se reconocen varios derechos que tienen las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, como recibir una adecuada preparación del parto y atención al parto; a ser informadas de todas las intervenciones que se propongan; a facilitarse su participación activa durante todas las fases; a ser acompañadas por la persona designada por ella a tal efecto en todas las pruebas realizadas durante el embarazo así como en el parto; que se le facilite contacto físico temprano con el bebé, entre otros (art. 59).

2.5. Resolución del CEDAW/C/75/D/138/2018

El 28 de febrero de 2020 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en lo sucesivo, el CEDAW) condenó a España en la Decisión CEDAW/C/75/D/138/2018, al considerar que el Estado había violado los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención por la violencia obstétrica de la que fue víctima durante el parto (en adelante, la Convención). Es la primera vez que un órgano internacional de defensa de los derechos humanos condena un asunto desde la perspectiva de VO. En la comunicación iniciada frente al CEDAW, la agravada

(S.M.F.) afirma que España ha violado los derechos que la asisten por las prácticas sufridas durante el parto, parto y posparto.

Es importante referir que anteriormente el CEDAW había emitido dictámenes condenatorios por vulneración del artículo 12 de la Convención. En el año 2006 el CEDAW condenó a Hungría (Ms. A. S. c. Hungría, Comunicación 4/2004), entre otros motivos, por violación del artículo 12.2 por haber llevado a cabo una cirugía de esterilización sin consentimiento. El CEDAW entendió que el Estado no había asegurado el otorgamiento del consentimiento informado por parte de la mujer. Sin embargo, mientras que en este Dictamen el CEDAW consideró los hechos como una mera «discriminación», en el caso de S.M.F. contra España, lo ha calificado como «violencia basada en el género». JIMÉNEZ (2021) considera adecuada la catalogación, ya que el trato recibido por la víctima ha estado completamente carente de una perspectiva de género y del derecho a la salud de las mujeres.

2.5.1. Hechos

En la comunicación iniciada frente al CEDAW, la perjudicada relató que, encontrándose en las últimas semanas de gestación y al tener contracciones prodrómicas, acudió al hospital público simplemente para recibir orientación, ya que no estaba en la fase activa de parto. Sin embargo, al llegar al hospital, fue sometida a una serie de intervenciones, todas innecesarias y realizadas sin prestarle información ni contar con su consentimiento. Se le practicaron hasta tres tactos vaginales sin su consentimiento y fue trasladada a otra sala con otras mujeres, prohibiéndose el acompañamiento a su pareja. Dichas prácticas afectaron muy negativamente la salud física y psíquica y a la integridad moral de la mujer, así como a la salud de su bebé.

Los dos días siguientes le efectuaron cuatro tactos vaginales adicionales. En el último tacto, se pudo concluir que la mujer estaba entrando en su fase activa de parto. Según S.M.F., ese habría sido el momento indicado para proceder a su ingreso en el hospital. No obstante, ya llevaba más de 30 horas ingresada, y ya se le habían realizado siete tactos vaginales, con los posibles riesgos de infección que conllevan. Posteriormente, se llevó a cabo un octavo tacto vaginal y 25 minutos después, sin su consentimiento y sin informarle de los efectos adversos, se le suministró oxitocina intravenosa para inducir el parto, provocándole un aumento del dolor, convulsiones, vómitos, escalofríos y fiebre. Se le hizo el noveno tacto vaginal mientras seguía sufriendo de vómitos y fiebre.

Posteriormente, S.M.F. fue trasladada al paritorio donde se le sometió a un décimo tacto vaginal. La autora solicitó incorporarse para dar a luz, pero no se le permitió. Sin mediar explicación o información, el personal sanitario le efectuó una episiotomía y extrajo al bebé mediante ventosa. A los pocos segundos del nacimiento, se llevaron a su hija y le dijeron que no podría verla hasta las doce del mediodía del día siguiente. La bebé fue llevada a la unidad de neonatología con fiebre causada por una bacteria que, según S.M.F., fue a causa de los múltiples tactos vaginales que provocaron que la bacteria se trasladara desde la vagina de la madre hasta las bolsas de las aguas.

La hija permaneció una semana ingresada en la unidad de neonatología para recibir un tratamiento antibiótico. Durante el ingreso, a la madre solo le permitieron un acompañamiento con su bebé durante 15 minutos cada tres horas. Además, administraron biberones a la bebé sin el permiso de la madre, quien quería dar de lactar a su hija.

Todo lo ocurrido provocó en S.M.F. un trastorno de estrés postraumático, para el cual tuvo que acudir a terapia psicológica. Además, la agravada necesitó de tratamiento fisioterapéutico especializado en rehabilitación del suelo pélvico para la recuperación de los daños producidos por la episiotomía, que le imposibilitaron mantener relaciones sexuales durante dos años.

2.5.2. Agotamiento de los recursos internos

En la comunicación la perjudicada indica que, antes de iniciar la denuncia ante el CEDAW, agotó todos los recursos internos a su alcance para denunciar la mala atención obstétrica recibida. Primero realizó unas quejas frente al Hospital XeralCalde de Lugo y ante el área de calidad y atención al paciente del Servicio Gallego de Salud, no obteniendo respuesta ninguna de ellas. Seguidamente, presentó una queja al Comité de Ética del hospital, por la que tampoco obtuvo respuesta. Continuó el proceso con una reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración pública que fue desestimada por la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia, por lo que decidió iniciar la vía judicial interponiendo una demanda ante los tribunales de lo contencioso-administrativo.

El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 1 de Santiago de Compostela desestimó sus pretensiones, ya que los informes técnicos aportados por las partes resultaron contradictorios, llegándose a conclusiones distintas. Asimismo, el juzgador determinó que no hubo mala praxis médica, quedando acreditado que se llevaron a cabo todas las

prescripciones indicadas según lo que iba sucediendo al margen de que el resultado para la madre fuera insatisfactorio para ella, que en parte dependerá de su propia percepción.

La agraviada recurrió en apelación la sentencia, y el recurso fue desestimado por el Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Por una parte, el Tribunal reconoció que el juzgador en primera instancia no llegó a ponderar ni contrastar adecuadamente los informes aportados por la demandante y los que constaban en las actuaciones, llevándose a cabo una apreciación genérica (FJ 4 STSJ Galicia 190/2016). Asimismo, consideró que la carencia de un informe pericial judicial dificultó el análisis y la valoración de los hechos. No obstante, entiende que la episiotomía sí que estaba justificada, siendo inverosímil la prestación del consentimiento en el momento del parto (FJ 5 STSJ Galicia 190/2016) y se afirma que era «perfectamente comprensible» que el padre no estuviera en el momento del parto (FJ 8 STSJ Galicia 190/2016). Finalmente, S.M.F. presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional (en lo sucesivo, TC), que acabó siendo inadmitido al considerar que el asunto carecía de especial trascendencia constitucional.

2.5.3. Observaciones del Estado, examen de admisibilidad y del fondo de la comunicación

En la oposición a la comunicación, España alegó que debía ser inadmitida al carecer de fundamentación y por abuso de derecho, ya que pretende una revisión de la valoración de la prueba que los tribunales ya realizaron de forma exhaustiva. Asimismo, se alegó una falta de agotamiento de los recursos internos, puesto que no se planteó una demanda de vulneración de derechos fundamentales, sino una reclamación de responsabilidad patrimonial seguida de una demanda por la jurisdicción contencioso-administrativa y de un recurso de amparo.

Sobre la admisibilidad de la comunicación, el CEDAW comparte la afirmación de la autora, según la cual el proceso judicial estuvo impregnado de estereotipos de género en relación con la maternidad y al parto, distorsionando la percepción del juez y dando lugar a una decisión basada en creencias preconcebidas y mitos en lugar de hechos. Asimismo, el CEDAW coincide con S.M.F., entendiendo que las autoridades judiciales no tuvieron en cuenta las diversas pruebas periciales que se aportaron a lo largo del proceso judicial.

En cuanto al agotamiento de la vía interna, el CEDAW recuerda que, según la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en adelante, TEDH), los autores de una comunicación no tienen la obligación de agotar todas las vías disponibles, debiendo dar al

Estado parte la oportunidad de remediar la cuestión en su jurisdicción, a través de un mecanismo pertinente elegido. Teniendo en cuenta que la autora llevó el asunto hasta el TC, se concluye que la cuestiones planteadas en la comunicación sí han agotado las instancias nacionales. Así, el CEDAW entiende que la comunicación es admisible de conformidad con los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención.

En cuanto el examen del fondo del asunto, el CEDAW parte de los hechos alegados por la agravada y de los artículos académicos e informes sobre VO aportados por la parte, así como informe de la Relatora sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, presentado ante la Asamblea General de la ONU, al que se ha hecho referencia anteriormente. El CEDAW considera especialmente relevante para el presente asunto la afirmación de la Relatora que entiende que la episiotomía puede tener efectos psicológicos en la mujer, puede ocasionar la muerte y puede constituir un acto de violencia de género y de tortura y tratamiento inhumano y degradante.

El CEDAW recuerda que su tarea consiste en examinar las decisiones a la luz de la Convención y determinar si las autoridades del Estado parte la respetaron. En consecuencia, el CEDAW concluye lo siguiente:

- Teniendo en cuenta toda la información proporcionada, se demuestra que los juzgadores nacionales no realizaron un análisis exhaustivo de los elementos probatorios presentados por la autora.
- En virtud del artículo 2 a) de la Convención, los Estados parte tienen la obligación de asegurar la realización práctica del principio de igualdad del hombre y la mujer. Asimismo, los Estados parte deben adoptar medidas apropiadas a fin de modificar o abolir las normativas, costumbres y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer (artículos 2 f) y 5).
- El órgano considera que existía una alternativa a la situación vivida por la autora. El embarazo se desarrolló con normalidad y sin complicaciones, por lo que no existía ninguna emergencia cuando la autora visitó el hospital. No obstante, desde su ingreso fue sometida a múltiples intervenciones sin recibir las explicaciones pertinentes y sin tener la oportunidad de opinar al respecto.
- El CEDAW afirma que la aplicación de estereotipos afecta el derecho de la mujer a ser protegida contra la violencia de género, y en concreto a la VO. En este sentido,

considera que tanto las autoridades administrativas como judiciales aplicaron nociones estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias; asumieron que el médico es quién decide realizar o no la episiotomía, sin ninguna explicación se afirmó que era «perfectamente comprensible» que el padre no pudiera estar presente en el parto instrumental, se entendió que las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de «mera percepción» y, sin embargo, sí mostraron empatía hacia el padre cuando declaró haberse visto privado de relaciones sexuales coitales durante dos años.

- Por todo lo anterior, el CEDAW dictamina que se han vulnerado los derechos de la autora, en virtud de los artículos 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención.

A la luz de las precitadas conclusiones, el CEDAW formula una serie de recomendaciones a España. Referente a la agraviada, insta al Estado a que proporcione una reparación apropiada, incluyendo una indemnización adecuada a los daños físicos y psicológicos sufridos. Respecto a las medidas de alcance general, el Comité exhorta al Estado parte para que asegure los derechos de la mujer a una atención obstétrica garantista, proporcionándole la información en cada etapa del parto y requiriendo su consentimiento libre, previo e informado en todos los tratamientos invasivos durante la atención del parto, a excepción de situaciones en las cuales la vida de la madre y/o del bebé estén en riesgo. Además, debe respetarse la autonomía de la mujer y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Adicionalmente, el Estado debe realizar estudios sobre la VO que permitan visibilizar la situación y que sirvan como orientación a las políticas públicas, debe proporcionar la capacitación profesional adecuada a los trabajadores sanitarios y al personal judicial en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer y asegurar el acceso a recursos eficaces en los casos de VO.

2.5.4. Informe de seguimiento

El 17 de diciembre de 2020 la Abogacía del Estado emitió un informe de seguimiento sobre las recomendaciones formuladas desde el CEDAW. España se mostró disidente con la decisión del CEDAW, indicándose que debía respetarse la decisión de los órganos jurisdiccionales nacionales y, por ende, no cabía reconocer ninguna indemnización.

En relación con las actuaciones de coordinación llevadas a cabo, se indica que la Dirección General de Cooperación Jurídica Internacional y Derechos Humanos (en lo sucesivo, DGCJIDH)

del Ministerio de Justicia ha elaborado un informe de situación con las recomendaciones contenidas en el dictamen, la valoración de las mismas así como las propuestas de acciones. Además, se informa de que la DGCJIDH está elaborando un protocolo marco relativo al seguimiento de los dictámenes emitidos por los comités de expertos independientes de la ONU.

En cuanto a las actuaciones para asegurar los derechos de las mujeres a una maternidad sin riesgo y a una atención obstétrica adecuada, se hace mención a la EAPN del 2008 y la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad del año 2010, a las que ya nos hemos referido en la presente investigación, así como al Decálogo por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 23 de julio de 2013.

Con respecto a las acciones llevadas a cabo para proporcionar a las mujeres recursos eficaces en los casos en los que los derechos reproductivos han sido violados, se hace un repaso de los diferentes procedimientos de nuestro ordenamiento jurídico a disposición de las víctimas para poder reclamar. Asimismo, se hace mención de algunas actividades formativas dirigidas a los miembros de la Fiscalía y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en materia de igualdad y lucha contra la violencia de género. Con todo ello, la Abogacía del Estado concluye que el Estado español ha cumplido con las recomendaciones del CEDAW y solicita el archivo definitivo de la comunicación.

Al respecto, la letrada que llevó la defensa legal durante todo el proceso de reclamación de S.F.M. hace un balance negativo del informe FERNÁNDEZ (2021). Considera que el Estado no justifica las actuaciones concretas que se han llevado a cabo desde el dictamen que emitió el CEDAW, ya que no hecho nada con posterioridad. De esta manera, se hace un repaso de los avances que el Estado ha realizado durante los últimos años en materia de salud reproductiva, pero no se refiere a nuevas medidas establecidas con razón del dictamen ni a la reparación adecuada de la víctima. Además, debe tenerse en cuenta que, tal y como indica la STS núm. 1263/2018, los dictámenes de la ONU son vinculantes, por lo que el Estado español debería cumplir con lo establecido en la resolución.

2.6. Procedimientos legales para denunciar. Especial mención a la vía penal

En el actual ordenamiento jurídico existen vías para denunciar las prácticas que constituyen VO. Los procedimientos actuales para denunciar este tipo de prácticas son los que se

reconocen para las negligencias médicas, y que van a diferir dependiendo de si nos encontramos ante medicina privada o medicina pública.

Debemos partir de la premisa que para poder reclamar este tipo de prácticas deben concurrir los siguientes requisitos: i) que se haya producido un daño real, efectivo y evaluable económicamente, que podrá ser físico, moral o psicológico; ii) que sea atribuible a la acción u omisión de los servicios necesarios; iii) que la actuación del profesional sanitario no se ajuste a los estándares exigibles; iv) que exista una relación de causalidad entre el resultado dañoso y el profesional que lo ha producido; v) que la víctima no tenga la obligación de soportar ese riesgo y vi) que la reclamación, en cada caso, se realice dentro del plazo legalmente establecido.

Como indica FERNÁNDEZ (2020) las obligaciones que tienen los profesionales de salud y, en concreto, aplicado a la atención obstétrica son:

- Prestar un servicio. Sin embargo, es común que en muchas ocasiones exista un abandono de mujeres que necesitan urgentemente ser atendidas.
- Utilizar todos los medios que la ciencia y la pericia pone a disposición de los profesionales para evitar resultados negativos. Además, el TS (FJ 4 STS 575/2010) considera que las obligaciones asumidas por los profesionales sanitarios son de medios y no de resultados. En ese caso es primordial y se ha privado mucho a las mujeres del respeto a los tiempos del parto, impidiendo que se desarrolle con normalidad y se garantice una atención respetuosa.
- Respeto del derecho a la paciente. Por un lado, se encuentra el derecho a una asistencia de calidad, conforme a la *lex artis*, que implica el derecho a la integridad física y respeto a su salud. Para valorar si una práctica se aleja de la buena praxis, debe considerarse la evidencia científica de calidad y actualizada, fundamentalmente los protocolos. No obstante, hay que tener en cuenta que los protocolos no tienen fuerza jurídica. Por otra parte, destacan otros derechos que ya han sido desarrollados como el consentimiento informado, protección a la intimidad y a la dignidad. Adicionalmente, existen otras obligaciones complementarias, como registrar y cumplimentar todas las prácticas realizadas en el historial médico, el deber de identificación del profesional y sus funciones en la asistencia.

Con carácter general, en el ámbito sanitario pueden existir las siguientes responsabilidades: civil, administrativa o patrimonial de las administraciones, penal, disciplinaria y deontológica (VÁZQUEZ 1999). Asimismo, es importante determinar el profesional responsable de aquellas prácticas. En un parto patologizado, la dirección del mismo es del obstetra, si bien la comadrona es autónoma en muchas funciones. Cuando el parto es normal, es decir, no instrumentalizado, la comadrona es la responsable del control del parto. También habrá que tener en cuenta que los anestesiistas, enfermeras así como otros profesionales pueden tener responsabilidad dentro de su ámbito de actuación y poder.

Además, es relevante tener en consideración los plazos de prescripción. Normalmente, será de un año, de conformidad a lo establecido en el art. 1968.2 del Código Civil (en adelante, CC) para la responsabilidad extracontractual y en el art. 142.5 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público. Sin embargo, el cómputo del mismo puede diferir según el daño, si nos encontramos ante la sanidad privada o pública, e incluso según la comunidad autónoma en la que hayan ocurrido los hechos. En el caso de que exista una relación contractual, el plazo de prescripción es de cinco años, en aplicación al plazo genérico del art. 1964 CC. En cuanto al inicio del cómputo, normalmente coincidirá con el alta de la paciente, que se entiende que es el momento en que puede ejercitarse la acción (art. 1969 CC). No obstante, habrá que atender al caso en concreto, ya que puede variar el inicio del cómputo dependiendo de si nos hallamos ante daños continuados, si existen secuelas etc.

En este tipo de procedimientos siempre son necesarios los informes periciales para la defensa y, dependiendo de la vía a la que se acuda, deberá aportarse al inicio de la reclamación.

Habiendo realizado esta primera aproximación a la responsabilidad en casos de VO, a continuación se analizan los recursos extrajudiciales y judiciales, con un especial énfasis a la vía penal y a las dificultades y carencias de la misma.

2.6.1. Medicina pública

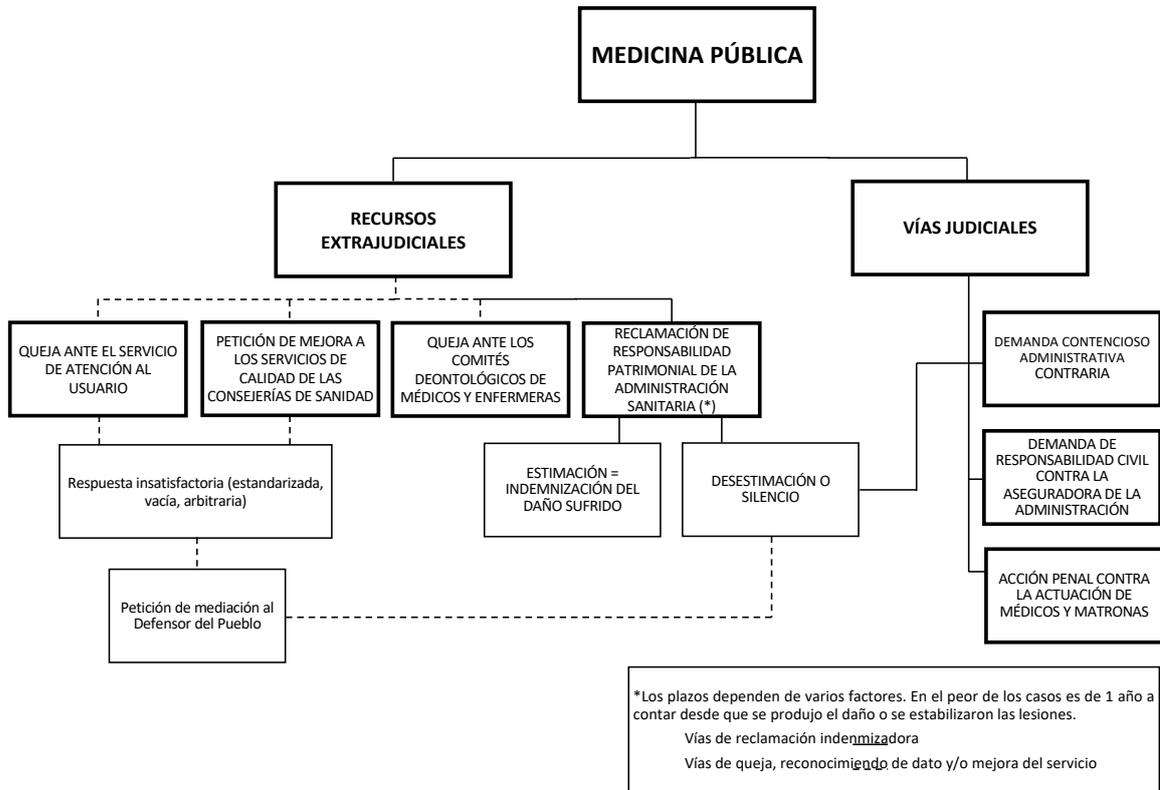


Figura 1. Vías de reclamación para medicina pública. (Elaboración propia a partir de franciscafernandezguillen.com)

En el caso de que la paciente considere que se han vulnerado sus derechos habiendo sido asistida en un centro sanitario público, lo primero que debería hacer es solicitar su historial clínico en el propio centro donde ha sido atendida, a través del departamento de atención al cliente o por vía administrativa en los diversos registros que existen. Es importante referir que hay una obligación de conservación del historial médico por parte de los centros, que es mínimo de cinco años (art. 17.1 Ley 41/2002). FERNÁNDEZ (2020) indica que en los casos más graves donde el plazo puede estar a punto de prescribir, es recomendable iniciar la reclamación aunque no se disponga del historial clínico. También será necesario solicitarlo en todos los centros que han ayudado a la usuaria en la rehabilitación posterior al daño sufrido.

Posteriormente, es aconsejable que un experto del ámbito en el que se ha producido el daño valore lo sucedido y, en el supuesto que se concluyera que ha existido una mala praxis, iniciar algunas de las vías de reclamación existentes.

Para los daños menos graves o en el caso de que la agravada no quiera iniciar la vía judicial, puede interponer una queja ante el servicio de atención al usuario o una petición de mejora a los servicios de calidad de las consejerías de sanidad. Si por estas vías la víctima recibe una respuesta insatisfactoria o estandarizada, deberá dirigirse al organismo superior jerárquico, cuya denominación es diferente dependiendo del centro, o iniciar una petición al Defensor del Pueblo.

En el supuesto de vulneración de los códigos deontológicos, es aconsejable acudir a los comités deontológicos de médicos y enfermeras a fin de alegar aquellas conductas recogidas en los códigos.

Por último, y como requisito necesario antes de iniciar la vía judicial, la agraviada puede instar una reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria (regulado en los art. 32 y siguientes de la Ley 40/2015). Debemos recordar que el art. 9.3 CE recoge el principio de responsabilidad de los poderes públicos, y el art. 106.2 CE recoge el derecho de los particulares de percibir una indemnización por todas lesiones sufridas, siempre que sea a consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos y no concurra supuesto de fuerza mayor. En el caso de silencio administrativo o desestimación, la víctima podría presentar una demanda contencioso-administrativa o instar una demanda de responsabilidad civil contra la aseguradora de la administración. Por último, podría acudirse a la vía penal en el supuesto de daños muy graves.

2.6.2. Medicina privada

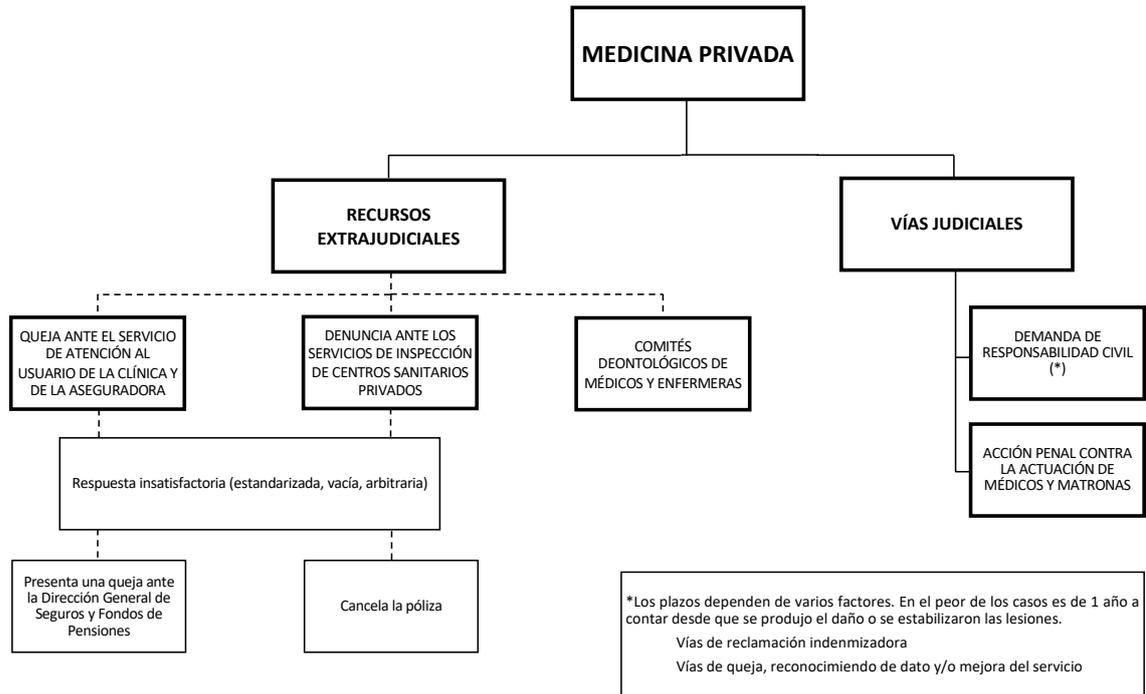


Figura 2. Vías de reclamación para medicina privada. (Elaboración propia a partir de franciscafernandezguillen.com)

En la medicina privada, normalmente la responsabilidad es del médico o de la matrona así como de la propia aseguradora. En este caso, como en la sanidad pública, también será necesario solicitar la historia clínica. Se pueden iniciar las mismas quejas, pero en este caso también puede presentarse ante los servicios de atención al usuario de la aseguradora. Como órgano superior jerárquico de las aseguradoras, encontramos la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, que tiene como función principal revisar y controlar la atención que se presta a los asegurados.

En cuanto a las vías judiciales, la perjudicada podría instar una demanda de responsabilidad civil, pudiendo demandar directamente a la aseguradora. También podría optar por la acción penal contra la actuación de médicos y matronas.

2.6.3. Vía penal

La VO no se encuentra recogida en nuestro ordenamiento penal. Ahora bien, encontramos conductas tipificadas en el Código Penal (en lo sucesivo, CP) que pueden llegar a asemejarse y pueden ser la vía para denunciar prácticas que constituyen VO. Los tipos penales que podrían encajar con la VO son los siguientes: delito de torturas y otros delitos contra la integridad moral (art. 173.1 CP); delito de lesiones al feto (art. 157 y 158 del CP); delito de lesiones (art. 147 y siguientes CP); delito de homicidio imprudente (art. 142.2 y 152 CP) y el delito de aborto (art. 146 CP).

Cuando se acude a la jurisdicción penal, se condena la actuación por imprudencia del profesional, siendo la pena habitual la inhabilitación especial profesión (art. 39. CP) y, en los supuestos más extremos, la pena privativa de libertad y multa. Es habitual también dirigir la acción contra los responsables civiles subsidiarios, como aseguradoras o servicios públicos.

El término «acto médico» puede definirse como aquella prestación o actividad profesional del médico que persigue, conforme a la *lex artis*, un efecto terapéutico o de curación del paciente o la promoción de la salud en general (VÁZQUEZ 1999). El acto médico debe ser considerado como una acción penada para poder hablar del delito, que podrá consistir en una acción o en una omisión.

Debe indicarse que uno de los principales problemas que se plantea en esta jurisdicción es la exigencia de responsabilidad por imprudencia. El delito imprudente en el ámbito sanitario exige: i) una acción u omisión consciente, voluntaria y no maliciosa; ii) una infracción del deber de cuidado; iii) una creación de un riesgo previsible y evitable y iv) un resultado dañoso derivado de una relación de causalidad de la conducta. Al respecto, la jurisprudencia (STS 2252/2000, entre otras) ha venido estableciendo que la imprudencia profesional se caracteriza por la inobservancia de las reglas de actuación, de forma que el profesional que se aleje de tales normas merece un mayor reproche punitivo. Asimismo, se ha entendido que por regla general, el error en el diagnóstico no es tipificable como infracción penal, a excepción de que por su entidad y dimensiones implique una equivocación inexcusable y resulte de extrema gravedad. Del mismo modo, quedarían fuera del ámbito penal, la falta de pericia excepcional o extraordinaria. Además, para la determinación de la responsabilidad médica deben contemplarse las situaciones concretas y específicas sometidas al enjuiciamiento penal evitando las generalizaciones. En el supuesto de comportamientos omisivos, entra en juego el

hipotético de imputación que consiste en dilucidar si la conducta omitida habría evitado, con una probabilidad próxima a la certeza, la lesión o el menoscabo del bien jurídico que protege el tipo penal (FJ 2 SAP de Alicante 97/2014).

Con todo ello, no se trata de averiguar en el caso concreto si las decisiones tomadas fueron las mejores o las que los especialistas en la materia estiman como preferibles, sino si fue conforme a las reglas de la *lex artis* y no provocada por una negligencia o impericia inexcusables en un profesional de la medicina (FJ 3 SAP de Badajoz 2/2021).

FERNÁNDEZ (2018) asegura que la violencia que se produce en un paritorio solo llega a los tribunales cuando provoca lesiones físicas muy graves. Así, en su experiencia cree que es mucho más probable conseguir una reparación en los tribunales civiles o de lo contencioso que por la vía penal. La abogada recomienda acudir a la jurisdicción penal cuando se producen daños de extrema gravedad o cuando se persigue algún fin concreto (por ejemplo, la práctica de una autopsia). En un estudio (GARCÍA 2018) en el que se analizaron sentencias entre 1975 y 2013 relacionadas con la responsabilidad profesional en el ámbito de la obstetricia, de las 55 resoluciones relacionadas con complicaciones con el parto, únicamente el 20 (alrededor del 36 %) terminaron en condena. De este modo, la jurisdicción civil y la contencioso-administrativa han sido las vías las más utilizadas para reclamar daños sufridos en el parto.

En la presente investigación se ha podido constatar que en la jurisdicción penal, en la gran mayoría de casos, las pretensiones de la denunciante se desestiman en segunda instancia, por no apreciarse negligencia, considerarse que el profesional actuó según la *lex artis* y por no apreciarse una relación causal entre el actuar y el daño. Asimismo, muchas de las actuaciones denunciadas no pueden tener cabida en el ámbito penal según el principio de intervención mínima. Los pocos casos en los que sí ha existido condena y se ha reconocido imprudencia profesional, los hechos han sido tipificados como delito de homicidio imprudente, por la muerte del feto o la madre, como un delito de lesiones o como un delito de aborto. A modo de ejemplo, la SAP de A Coruña 7/2014 considera que la fractura craneal que ha causado la muerte del recién nacido es imputable al ginecólogo, que mediante el uso de los fórceps intentó la extracción del feto. Se ha probado que el empleo del instrumento no puede considerarse adecuado y justificado, que hubo una actuación descuidada, empleándose una fuerza más que excesiva e inadecuada y, dadas las circunstancias y el sufrimiento del feto, era necesario realizar una cesárea. Por ello, el Tribunal aprecia la existencia de una imprudencia

penalmente relevante por parte del recurrente, en la medida que el profesional desentendió la situación de riesgo en la que se encontraba el feto y la situación de riesgo degeneró en un resultado típico, el fallecimiento del recién nacido (FJ 2).

El principal obstáculo de acudir a los tribunales penales radica en la dificultad probatoria, sobre todo cuando hablamos de daños psicológicos y morales derivados de un trato vejatorio. Igualmente, en multitud de ocasiones, aunque exista un daño grave, es complejo determinar la relación de causalidad entre la conducta y el resultado dañoso. Por otro lado, la práctica pericial en muchas ocasiones está obsoleta, de modo que solo se valoran las infracciones de la *lex artis* clásica, pero sin entrar a considerar posibles cuestiones de género que han podido influir en la conducta del profesional. En consecuencia, cuando la víctima reclama por la vía penal sería recomendable que acudiese a la ciencia criminológica, aportando al procedimiento lo que se conoce como informes victimológicos que realizan un estudio exhaustivo y objetivo de la víctima, sin entrar en valoraciones subjetivas que sí pueden apreciarse en los informes periciales de parte. Nos hallamos ante una herramienta innovadora que puede ser de mucha utilidad en los procedimientos judiciales.

Pese a que existen casos en los que se han reconocido los daños y se han indemnizado a las víctimas, las resoluciones judiciales resuelven desde una perspectiva genérica y como meras negligencias médicas. Hasta el momento, a nivel nacional no se han calificado los hechos como VO, no se ha reconocido en ningún supuesto que ha existido un abuso de una situación de poder o se han sancionado estas prácticas desde una perspectiva de género, reconociendo que nos hallamos ante un problema sistémico y normalizado. Consecuentemente, se hace evidente la necesidad de una evaluación desde una perspectiva de género que reconozca las desigualdades estructurales que subyacen en la VO (BUSQUETS 2017).

2.7. Propuestas de regulación

2.7.1. Regulación en América latina

El país pionero en legislar la VO fue Argentina. En 2004 aprobó la Ley 25929 de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, conocida como «Ley del Parto Humanizado». A lo largo de su articulado se reconocen un conjunto de derechos de las mujeres que deben ser respetados en todas las fases de la gestación (art.2). Podemos destacar su derecho a ser informadas sobre las distintas intervenciones para que puedan decidir libremente, a ser

tratadas con respeto y de forma individualizada y personalizada o el respeto de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y la medicación no justificada. También se reconoce el derecho de la mujer a estar acompañada de una persona de su elección y confianza y a tener a su hijo durante la estancia hospitalaria, a excepción de que el recién nacido requiera cuidados especiales.

Otro de los países precursores de la regulación de la VO es Venezuela que aprobó la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, de 19 de marzo de 2007. Fue el primer país en ofrecer una definición legal del concepto de VO, y recoger las prácticas concretas que la comprenden (art. 51).

Posteriormente, en el año 2009 Argentina promulgó la Ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, en el que ya se definen las diferentes formas de violencia contra las mujeres en los distintos ámbitos y el concepto de VO así como las sanciones que se impondrán a los responsables.

México es otro de los países que ha regulado la VO. En el estado federal, en el año 2007 entró en vigor Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Dicha norma no se refiere explícitamente a la VO pero sí protege derechos de las mujeres para evitar la discriminación. Sin embargo, cuatro estados federados sí han incluido en sus normas penales locales el concepto de VO. CORRAL (2018) tomando de referencia los datos más recientes al respecto, considera que, en términos generales, la tipificación no ha tenido un impacto positivo en la prevención de la VO. La Comisión de Derechos Humanos del país ha calificado muchas de las quejas presentadas como VO como meras negligencias médicas o como una violación del derecho al acceso a la salud, encontrándonos ante un tipo penal muy ambiguo y que queda en desuso por su dificultad de aplicación.

2.7.2. Viabilidad de la tipificación de la VO en España

Tras analizar las principales regulaciones actuales que tipifican la VO, es importante preguntarnos si para prevenir este tipo de prácticas sería necesaria su tipificación en España. Es indudable que en nuestro actual sistema legislativo tenemos medios y vías para penalizar este tipo de prácticas. En este sentido, es interesante la reflexión que realiza el autor CORRAL (2018) que parte de la premisa de que el objetivo de tipificar la VO es la prevención positiva,

buscando sancionar a quien comete la conducta tipificada. Sin embargo, no todas las cuestiones sociales pueden tener una solución efectiva mediante la tipificación. De este modo, es esencial observar si la tipificación solo se lleva a cabo como una actitud reactiva, pudiendo caer así en un «populismo punitivo». Dicho fenómeno consiste en la utilización populista del Derecho Penal por parte del Estado para hacer frente a determinadas problemáticas sociales que tienen un gran repercusión mediática. De este modo, se provoca una invocación reaccionaria del Derecho Penal como remedio de conflictos sociales, atribuyéndole propiedades utópicas de las que carece. El resultado conlleva a una ineficacia de la prevención y puede generar problemas a los juzgadores para encuadrar las conductas en los tipos. El autor considera que tipificar específicamente la VO generaría más conflicto que soluciones. Por una parte, porque los profesionales sentirían que su profesión está siendo prejuzgada, actuando para evitar ser sancionados, pero no *per se* podría traducirse en una atención médica eficaz. Por otra parte, CORRAL considera que en España ya existen las herramientas necesarias para que las mujeres afectadas por la VO puedan acceder a la justicia. En caso de tipificar la VO en concreto, se vería limitado este acceso a la justicia, ya que los juzgadores solo podrían reconocer la violación de los derechos cuando se encuadre en los supuestos recogidos en el tipo.

Por su parte, la jurista NAREDO (2021) aboga por establecer una legislación que inste a la prevención, la detención, la sanción y por la reparación adecuada de las víctimas. No obstante, no cree que deba irse por la vía penal, y debe apostarse por un proyecto más complejo que ayude a visibilizar y desnaturalizar esta violencia institucional. Asimismo, considera esencial desarrollar políticas públicas de prevención y formación profesional, establecer una normativa clara sobre el consentimiento informado y crear un sistema de rendición de cuentas efectivo.

Es importante hacer mencionar que en el año 2021 el Gobierno de España anunció su intención de incluir la VO, como una forma de violencia de género, en la reforma que se está desarrollando de la Ley Orgánica 2/2010 de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Desde el Ministerio de Igualdad se indicó que la idea es incluir un título específico que recoja las violencias en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, no se ha hecho público cómo se va a abordar. Algunas organizaciones del sector de la salud, como el CGCOM (2021), han mostrado su oposición a dicha reforma. Consideran que criminalizar las actuaciones profesionales va a debilitar la

confianza y la relación entre el médico y la paciente. Además, recuerdan que no debe confundirse la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas.

Teniendo en cuenta lo mencionado, es manifiesto que existen vías en nuestro ordenamiento para pedir responsabilidades a los profesionales e indemnizar a las víctimas. Sin embargo, su aplicación, y sobre todo la vía penal, presenta carencias en su implementación, por lo que hasta el momento no es una jurisdicción viable para las perjudicadas. Además de la dificultad probatoria a las que se ha hecho referencia, falta una mayor predisposición por parte de los juzgadores para eliminar prejuicios y estereotipos de género. Asimismo, los operadores jurídicos deben empezar a identificar y sancionar este tipo de prácticas desde una mirada de derechos humanos y con una perspectiva de género y no calificarla como meras negligencias médicas cuando nos encontremos ante un caso de VO.

Además, es primordial que los protocolos sanitarios de asistencia a la salud sexual y reproductiva estén en constante actualización según la evidencia científica, con el fin de ir reduciendo paulatinamente el abuso de la instrumentalización, despatologizar los procesos reproductivos de las mujeres y homogeneizar los protocolos sanitarios de los hospitales. BOLADERAS (2016) considera que los protocolos, en teoría, son instrumentos útiles que deben estar al servicio de las mujeres para ofrecer una mejor atención. Sin embargo, con frecuencia en España están obsoletos y no responden las necesarias de las pacientes.

Igualmente, deben fomentarse los planes de parto personalizados, promoviendo la capacidad de decisión de las mujeres, huyendo de formas estandarizadas y protocolarizadas que den una falsa sensación de libertad y participación de las mujeres en la toma de decisiones.

En vista de ello, no puede pretenderse que el cambio de paradigma instaurado hasta ahora se consiga únicamente modificando las leyes, siendo necesaria una estrategia integral que promueva un nuevo modelo asistencial. Consecuentemente, es imprescindible formar a los profesionales sobre aspectos que van más allá de los conocimientos médicos, con el fin de fomentar el acompañamiento personalizado a las futuras madres, para respetar sus decisiones. Deben implementarse medios eficientes para garantizar el consentimiento informando, fomentando una comunicación activa y bidireccional en la que la futura madre sea la protagonista de todo el proceso.

3. Conclusiones

En esta investigación se ha abordado la problemática de la VO en España desde una perspectiva social y legal. Se ha realizado una aproximación al concepto, a las prácticas más comunes y se han revisado los datos y estadísticas más recientes. Asimismo, se han examinado los instrumentos normativos fundamentales, las vías de reclamación actuales, tratando de identificar las dificultades de la jurisdicción penal. Por último, se han considerado las regulaciones sobre VO en otros países y la viabilidad de la posible tipificación de este tipo de violencia en España, dando soluciones para prevenir y combatir dichas prácticas. De todo ello, podemos extraer las siguientes conclusiones:

Primera.- La VO es un problema sistémico y normalizado que lleva instaurado en nuestro país desde hace varias décadas. Recientemente, se ha mediatizado el término, si bien sigue siendo una realidad aún invisibilizada y de la que apenas se conoce su magnitud y alcance. Es indudable que la VO presenta múltiples manifestaciones e implica una vulneración de derechos fundamentales de las mujeres.

Segunda.- Reconocer que existe VO no implica ir en contra de los profesionales y descalificarlos, sino aceptar que hay unas prácticas que se han venido ejerciendo de forma reiterada, que vulneran los derechos de las embarazadas y parturientas pero que, la gran mayoría de veces, se han ejercido de forma inconsciente. Consecuentemente, ciertos sectores sanitarios no pueden seguir negando y obviando dicha realidad o asemejarla a negligencias médicas puntuales.

Tercera.- Es indudable que el término VO es discutible y posiblemente en el futuro pueda conceptualizarse de una forma más depurada. Sin embargo, ha ayudado a posicionar la problemática en el debate público y a crear más consciencia sobre cómo debe ser un parto normal y respetado. Además, ha permitido que muchas mujeres hayan identificado una serie de situaciones y de vivencias que se dieron en sus partos, y percatarse que fueron víctimas de prácticas obstétricas que vulneran sus derechos.

Cuarta.- De los datos analizados se ha constatado que en España hay unas tasas muy altas de cesáreas y partos inducidos, que superan los porcentajes recomendados por la OMS. Se puede apreciar un mayor intervencionismo en la sanidad privada que en la pública, aunque aún hay poca transparencia de información por parte de las instituciones.

Quinta.- Pese a que la VO no encaja en el actual concepto legal de violencia de género, es evidente que es una forma más de violencia que se ejerce contra las mujeres. De este modo, podemos afirmar que hay una tendencia a infantilizar a la mujer y a objetivarla en una situación en la que se encuentra en absoluta vulnerabilidad, como lo es el parto.

Sexta.- Nuestro ordenamiento jurídico tiene vías para reclamar este tipo de violencia, siendo la jurisdicción civil y la contencioso-administrativa las más efectivas para conseguir una indemnización. Sin embargo, conseguir una reparación por la vía penal presenta muchas dificultades, ya que debe acreditarse la imprudencia, los daños y la relación de causalidad.

Séptima.- No podemos concluir que la tipificación sea la vía idónea para prevenir este tipo de violencia. Consecuentemente, se requieren cambios profundos que permitan afrontar esta problemática de forma transversal, siendo necesario un proceso de deconstrucción para crear un cambio en el sistema. Sería necesaria una estrategia holística con políticas públicas de concienciación, tanto para la ciudadanía como para los profesionales sanitarios. Deben actualizarse las herramientas institucionales actuales, con el fin de prevenir y asegurar soluciones efectivas a las mujeres perjudicadas. Asimismo, es esencial que este tipo de asuntos se empiecen a resolver desde una perspectiva de género y de derechos humanos, y se garantice un sistema de indemnización y reparación adecuado para las víctimas.

Referencias bibliográficas

Bibliografía básica

ADÁN, C. «Conceptos y violencias: Espacios para el debate sobre la violencia obstétrica», 83-91 En GOBERNATRICAS, J., BOLADERAS, M. (ed.). *El concepto de «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. 2ª ed. Madrid: Tecnos, 2018.

BELLI, L.F., «La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos». *UNESCO, Revista red Bioética* [en línea]. 2013, núm. 1, pp. 25-34 [consulta en octubre de 2021]. ISSN 2077-9445. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf

BIURRUM-GARRIDO, A. «Origen y definición de la violencia obstétrica», 129-136 Por: GOBERNATRICAS, J., BOLADERAS, M. *El concepto de «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. 2ª ed. Madrid: Tecnos, 2018.

BOHREN, MA., VOGEL, JP., HUNTER, EC., LUTSIV, O., MAKH, SK., SOUZA, JP. «The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review». *Sud África: PLoS Med* 12(6). Disponible en: doi:10.1371/journal.pmed.1001847

BOURDIEU, P. *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. 2a ed. Barcelona: Anagrama, 1999.

BUSQUETS GALLEGO, M. «¿Qué es una evaluación con perspectiva de género?» *martabusquetsgallego.com*. 8 de noviembre de 2017. Disponible en:

<http://martabusquetsgallego.com/que-es-una-evaluacion-con-perspectiva-de-genero/>

CASAL-MOROS, N. y ALEMANY-ANCHEL, M^ªJ. «Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu». *Index Enferm* [online]. 2014, vol.23, n.1-2 pp.61-64. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>

CANTERO MARTÍNEZ, J. *La autonomía del paciente: del consentimiento informado al testamento vital*. Albacete: Bomarzo, 2005.

CORRAL MANZANO, G.M. «¿Es necesario tipificar la violencia obstétrica?», 93-101 En GOBERNATRICAS, J., BOLADERAS, M. (ed.). *El concepto de «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. 2ª ed. Madrid: Tecnos, 2018.

LLUM, D. *Néixer en horari laboral a Catalunya*. El Parto Es Nuestro, 2016.

DE MARTOS, C. «La cesárea sólo debe realizarse si hay indicación médica». *El Mundo*. 12 de enero de 2010. Disponible en:

<https://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/01/11/mujer/1263213621.html>

D'OLIVEIRA, AF., DINIZ, SG., SCHRAIBER, LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002 May 10;359 11;359(9318):1681-5. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.

<https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Derechos%20Sexuales%20y%20Reproductivos/Belli%20L%20-%20La%20violencia%20obstetrica%20otra%20forma%20de%20violacion%20a%20los%20derechos%20humanos.pdf>

EQUIPO BLOG. «El Parto es Nuestro ejerce la acusación popular en un caso de “fórceps didácticos” en el que se lesionó gravemente a una bebé». *El Parto es Nuestro*. 30 de octubre de 2013.

FEITO GRANDE, L. «Atención humanizada a la salud productiva de las mujeres», 71-82. En: BOLADERAS I CUCURELLA, M.; GOBERNATRICES, J. (coord.). *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2016.

FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. «¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos». Madrid: Dilemata n.º 18, 113-118, 2015.

FERNÁNDEZ, J. «Violencia obstétrica. “Hay que reconocer el problema, no taponarlo”». *Pikara*. 24 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.pikaramagazine.com/2021/02/violencia-obstetrica-hay-que-reconocer-el-problema-no-taponarlo/>

GARCÍA GARCÍA, E.M. La violencia obstétrica como violencia de género. Director: Javier Rodríguez Mir. Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Ciencias Humanas, Madrid, 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/684184>

GARCÍA, C. «Para acabar con la violencia obstétrica, hay que empezar poniéndole nombre». *El País*. 16 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://elpais.com/mamas-papas/expertos/2021-09-16/para-acabar-con-la-violencia-obstetrica-hay-que-empezar-poniendole-nombre.html>

GARCÍA RUIZ, N. La responsabilidad profesional en obstetricia y ginecología: mirando al futuro. Directores: Bernardo Perea Pérez; Andrés Santiago Sáez. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, Madrid, 2018.

GOBERNA-TRICAS, J. «Visibilizando la violencia hacia las mujeres en el embarazo». Barcelona: Musas, vol. 4 n.º 4, 2019.

GIBERTI, E. *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Sudamericana, 1989.

GOBERNA-TRICAS, J., BOLADERAS, M. *El concepto de «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. 2ª ed. Madrid: Tecnos, 2018.

GOBERNA-TRICAS, J., BOLADERAS, M. «¿Existe algo que pueda llamarse “violencia obstétrica”?», 105-114 Por: FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. *El concepto de «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. 2ª ed. Madrid: Tecnos, 2018.

GONZÁLEZ MAGAÑA, I. «Violencia obstétrica: Caracterización y encuadre legal». *Diario DPI, Diario Familia y Sucesiones*. 2016, n.º 87, 1-2. Disponible en:

<https://dpicuantico.com/sitio/wp-content/uploads/2016/10/Doctrina-Familia-Nro-87-07.10.pdf>

IGLESIAS CASÁS, S. «¿La violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan». Galicia: Musas, vol. 4, n.º 1, 2019 [consulta: septiembre 2021]. Disponible en: DOI: 10.1344/musas2019.vol4.num1.5

JIMÉNEZ SÁNCHEZ, C. «La violencia obstétrica como violación de derechos humanos: el caso S.F.M contra España». Málaga: Deusto Journal of Human Rights, n.º 7: 157-178, 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18543/djhr.1962>

MENA-TUDELA, D.; IGLESIAS-CASÁS, S.; GONZÁLEZ-CHORDÁ, VM.; CERVERA-GASCH, Á.; ANDREU-PEJÓ, L.; VALERO-CHILLERON, MJ.; «Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth». *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 29;18(1):199. Disponible en: doi: 10.3390/ijerph18010199.

MENA-TUDELA, D.; IGLESIAS-CASÁS, S.; GONZÁLEZ-CHORDÁ, V.M.; CERVERA-GASCH, Á.; ANDREU-PEJÓ, L.; VALERO-CHILLERON, M.J. «Obstetric Violence in Spain (Part I): Women’s Perception and Interterritorial Differences. *Int. J. Environ Res Public Health* 2020, 17, 7726. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>

MENA-TUDELA, D.; IGLESIAS-CASÁS, S.; GONZÁLEZ-CHORDÁ, V.M.; VALERO-CHILLERÓN, M.J.; ANDREU-PEJÓ, L.; CERVERA-GASCH, Á. «Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. Int. J. Environ». Res. Public Health 2021, 18, 3359. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>

MIGUEL-GALIANO, J.M.; MARTINEZ- VÁZQUEZ, S., RODRIGUEZ- ALMAGRO, J. HERNÁNDEZ-MARTINEZ, A. «The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study». Women and Birth Vol. 34, Issue 5, septiembre 2021, pp e526-e536. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>

PARIS ANGULO, S.; GRACIA SUÁREZ, A. «Parir en tiempos de COVID-19: aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia». *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 2021, núm. 39, pp. 36-44.

Disponible en: https://www.uv.es/gicf/4A3_Gracia_GICF_39.pdf

RECIO ALCAIDE, A. y ARRANZ MUÑOZ, J.M. *Evaluación del impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal sobre las tasas de cesáreas y mortalidad perinatal en España*. Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 2020. <https://www.pikaramagazine.com/2021/02/violencia-obstetrica-hay-que-reconocer-el-problema-no-taparlo/>

REQUENA, A. «Matronas y expertas responden a los colegios de médicos: “La violencia obstétrica sí existe». eldiario.es. 22 de julio de 2021. Disponible en: https://www.eldiario.es/nidos/matronas-expertas-responden-colegios-medicos-violencia-obstetrica-si-existe_1_8160044.html

ROSALES, P. y VILLAVERDE, M. Seminario de Jurisprudencia Argentina sobre Salud sexual y Reproductiva, Editorial LexisNexis, 2006-II, Número Especial 19/4/2006, Buenos Aires, 2006, pp.4-36. Recuperado en: <https://villaverde.com.ar/salud-sexual-y-procreacion-responsable-la-ley-25673-y-las-leyes-provinciales/>

VALLS LLOBET, C. *Mujeres, salud y poder*. 4ª ed. Madrid: Ediciones Cátedra, 2016.

VÁZQUEZ ROMERO, S. M. «El fenómeno de la responsabilidad médica: en el ámbito penal», 627-648, En: SANZ LARRUGA, F. J.; GÓMEZ Y DÍAZ-CASTROVERDE, J. M. Y JUANE SÁNCHEZ, M. (ed.). *Lecciones de derecho sanitario*, Universidade da Coruña, Servizo de Publicacións.

Bibliografía complementaria

BORRAZ, M. «Igualdad incluirá en la reforma de la Ley del Aborto la violencia obstétrica como un tipo de violencia contra las mujeres». *elDiario.es*. 26 de mayo de 2021. Disponible en:

https://www.eldiario.es/sociedad/igualdad-incluire-reforma-ley-aborto-violencia-obstetrica-tipo-violencia-mujeres_1_7973073.html

Comunicado conjunto de la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología (SCOG) y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) sobre la 'violencia obstétrica'. COMB. Disponible en: <https://www.comb.cat/upload/Documents/9/3/9316.PDF>

EL PARTO ES NUESTRO. *Campaña Stop Kristeller: Cuestión de gravedad. Dossier*. 2013.

Disponible en:

https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/StopKristeller/stop_kristeller_dossier_2013.pdf

EL PARTO ES NUESTRO. *Administración de oxitocina sintética*. Sin fecha. Disponible en:

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/administracion-de-oxitocina-sintetica>

OECD. *Doctores, enfermeros (indicadores)*. OECD, 2021.

OMS. *Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto*. *Lancet*. 1985 2:436-437.

Organización Mundial de la Salud. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. OMS, 1996.

Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Ministerio de Sanidad. Madrid, 2010.

ONU: Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. CEDAW, 1979.

Dubravka Šimonovi. *Informe sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. ONU, 2019.

Organización Mundial de la Salud. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en centros de salud*. OMS, 2014.

https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revisio_n8marzo2015.pdf

Guía de cuidados en el parto normal. OMS, 1996.

El CGCOM rechaza el concepto de «violencia obstétrica» para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y postparto en España. CGOM, 2021.

Disponible en: https://cgcom.es/noticias/2021/07/21_07_13_violencia_obstetrica

Manifiesto contra la violencia obstétrica en España. FAME, 2021. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/2021/07/19/violencia-obstetrica-fame/>

Comunicado S.E.G.O: Violencia obstétrica. S.E.G.O, 2021. Disponible en: <https://sego.es>

FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. «Algunos aspectos jurídicos de la atención al parto». *franciscafernandezguillen.com*. Marzo de 2011. Disponible en: https://a0bb812a-84b2-4168-a258-db6e3bd48f7d.filesusr.com/ugd/3d38f3_7b32fb1033dc4b0ab6abdc5ec9bcb25d.pdf

FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. «La urgencia como excepción al derecho de las mujeres a tomar decisiones en el parto». *franciscafernandezguillen.com*. 25 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.franciscafernandezguillen.com/post/urgencia-como-excepcion-derecho-mujeres-a-tomar-decisiones-parto>

FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. «La diferencia entre negligencia médica y violencia obstétrica». *franciscafernandezguillen.com*. 24 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.franciscafernandezguillen.com/post/negligencia-medica-violencia-obstetrica>

FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. «¿Por qué la violencia obstétrica es violencia de género?». *franciscafernandezguillen.com*. 17 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.franciscafernandezguillen.com/post/violencia-obstetrica-es-violencia-de-genero>

FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. «El Estado español es responsable y la Decisión del Comité vinculante». *franciscafernandezguillen.com*. 13 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.franciscafernandezguillen.com/post/el-estado-es-responsable>

GARCÍA ROMERO, M. «El daño a la lucha contra la violencia de género a través de la violencia obstétrica». *20 minutos*. 25 de noviembre de 2021. Disponible en:

<https://www.20minutos.es/opinion/maria-garcia-romero-dano-lucha-violencia-genero-a-traves-violencia-obstetrica-20211125-4903586/?autoref=true>

Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en:

<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de Práctica Clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. Disponible en:

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf

Vías de reclamación para reparar las negligencias médicas en el parto y la violencia obstétrica. YouTube, 23 de abril de 2020.

Legislación citada

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, p. 29313.

Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, p. 40126. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995, núm. 281, p. 33987.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de marzo de 2010, núm. 55.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>

Ley 8/2018, de 20 de abril, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de mayo de 2018, núm. 117.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2018/04/20/8>

Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

Ley 17/2020, del 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. *Boletín Oficial del Estado*, 13 de enero de 2021, núm. 11.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17>

Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de octubre de 2015, núm. 236.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/01/40/con>

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. ONU, 3 de septiembre de 1981.

Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

Declaración de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 217 A (III). ONU, 10 de diciembre de 1948.

Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 48/104 del 20 de diciembre de 1993. ONU, 20 de diciembre de 1993.

Disponible en:

<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

Declaración de los Derechos de los Niños, resolución 1386 (XIV) y resolución 1386 (XIV), 20 de noviembre de 1959. ONU, 20 de noviembre de 1959.

Disponible en: <https://www.humanium.org/es/declaracion-de-los-derechos-del-nino-texto-completo/>

Tratado de la Unión Europea, 7 de febrero de 1992. UE, 1 de noviembre de 1993.

Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00013-00046.pdf>

Convención Europea sobre Derechos Humanos, 4 de noviembre de 1950. UE, 3 de septiembre de 1953.

Disponible en: https://www.echr.coe.int/documents/convention_spa.pdf

Convenio del Consejo de Europa sobre la Prevención y Lucha contra la Mujer y la Violencia Doméstica, 11 de mayo de 2011. UE, 1 de agosto de 2014.

Disponible en: <https://rm.coe.int/1680462543>

Leyes internacionales

Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, 1 de abril de 2009, núm. 26.485. Información Legislativa Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Argentina, 1 de abril de 2009.

Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000154999/152155/norma.htm>

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 23 de abril de 2007, núm. 38.688. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 23 de abril de 2007.

Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 13 de abril de 2018, sin núm. Diario Oficial de la Federación, Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 1 de febrero de 2007. Disponible en:

https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_mex_ref_leygralvidalibredeviolencia.pdf

Jurisprudencia referenciada

Sentencia del Tribunal Supremo, 29 de noviembre de 2001 (ES:TS:2001:9375).

Sentencia del Tribunal Supremo, 27 de marzo de 2002 (ES:TS:2002:547).

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, 23 de marzo de 2016 (ES:TSJGAL:2016:1852).

Sentencia de la Audiencia Provincial de A Coruña, 21 de enero de 2014 (ES:APC:2014:160).

Sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante, 24 de febrero de 2014 (ES:APA:2014:973).

Sentencia de la Audiencia Provincial de Badajoz, 21 de enero de 2021 (ES:APBA:2021:60).

Dictamen CEDAW/C/75/D/138/2018, 28 de febrero de 2020, respecto de la comunicación núm. 138/2018.

Dictamen CEDAW/C/36/D/4/2004, respecto de la comunicación núm. 4/2004.

Listado de abreviaturas

CC: Código Civil

AEPP: Asociación Española de Psicología Perinatal

CC: Código Civil

CCMC: Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

CEDAW: Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer

CEDH: Convención Europea sobre Derechos Humanos

CGCOM: Consejo General de Colegios Oficiales de Médico

CP: Código Penal

EAPN: Estrategia de atención al parto normal

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

MARES: Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

S.E.G.O: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SCOG: Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología

TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos

TSJ: Tribunal Superior de Justicia

TC: Tribunal Constitucional

TUE: Tratado de la Unión Europea

VO: Violencia obstétrica