



universidad
de león



**FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD DE LEÓN
CURSO 2021/2022**

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA.
GENUINA VIOLENCIA CONTRA
LAS MUJERES**

OBSTETRIC VIOLENCE.

GENUINE VIOLENCE AGAINST WOMEN

MÁSTER EN ABOGACÍA

AUTORA: DÑA. INMACULADA DEL ROCÍO ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

TUTOR: PROF. DR. D. PAULINO CÉSAR PARDO PRIETO

LEÓN

2022

*A mi hija Berta,
para que, si decide ser madre,
lo aquí reflejado le resulte
algo que ocurría en el pasado.
A las que lo fueron,
a las que lo hemos sido y a las que lo serán*

*A quien no teme la duda
a quien se pregunta los porqué
sin descanso y a costa de sufrir, de morir
A quien se plantea el dilema
de dar la vida o negarla
está dedicado este libro
de una mujer
para todas las mujeres*

Oriana Fallaci
Carta a un niño que nunca nació



Por I. del Rocío Álvarez Rodríguez
alvarezlegal77@gmail.com

2022

ÍNDICE

ÍNDICE:	1
ABREVIATURAS:	2
RESUMEN:	3
PALABRAS CLAVE:	3
ABSTRACT:	3
KEY WORD:	4
OBJETO:	5
METODOLOGÍA:	6
I. INTRODUCCION:	8
II. OBSTETRICIA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA:	10
1. DEFINICIONES Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA.	10
2. SUPUESTOS DE HECHO MÁS COMUNES EN LA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL	19
2.1 DURANTE EL EMBARAZO	19
2.2 EL PARTO	19
2.3 LA SEPARACIÓN MADRE-BEBÉ	23
3. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO NEGLIGENCIA MÉDICA:	26
III. MARCO NORMATIVO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL ORDENAMIENTO INTERNO ESPAÑOL. LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL (EAPN).	28
3.1 MARCO NORMATIVO	28
3.2 LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL (EAPN)	33
IV. TRATAMIENTO JUDICIAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA.	35
V. LA INTERVENCIÓN DEL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER DE LAS NACIONES UNIDAS (CEDAW) EN LOS CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA.	39
VI. JURISPRUDENCIA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS.	45
VII. PRINCIPALES REGULACIONES INTERNACIONALES RESPECTO A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. LOS EJEMPLOS DE ARGENTINA, MÉXICO Y VENEZUELA	49
VIII. CONCLUSIONES:	55
POSFACIO. CONSIDERACIONES FINALES:	58
BIBLIOGRAFÍA:	60

ABREVIATURAS

CCAA: Comunidades Autónomas

CE: Constitución Española.

CEDAW: Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women (Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer).

CNDH: Comisión Nacional de Derecho Humanos (México)

CP: Código Penal.

EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal.

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

HRP: Human Reproduction Programme, Organización Mundial de la Salud

HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

MGF: Mutilación Genital Femenina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OSM: Observatorio de Salud de las Mujeres

RAE: Real Academia Española

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos

RESUMEN

En la actualidad, la denominada violencia obstétrica ha saltado a las primeras páginas de las noticias, pasando de ser un concepto prácticamente desconocido a una realidad emergente que incluso se ha planteado legislar como consecuencia, en parte, del imparable movimiento para darle visibilidad de asociaciones de mujeres, para lograr una mejor atención obstétrica en consonancia con el nivel de desarrollo de los conocimientos y prácticas médicas y una mayor conciencia social sobre este problema que parecía estar tapado por la naturalidad con la que históricamente las mujeres han aceptado ser tratadas de modo inapropiado durante los embarazos y partos.

En el presente trabajo, utilizando como parte de la metodología el enfoque de género, se examinará el marco normativo nacional y las decisiones judiciales respecto a los casos de violencia obstétrica en nuestro país, haciendo como preámbulo una introducción histórica y conceptual del objeto de estudio para su mejor comprensión. Se analizarán también las leyes y normativas en el ámbito internacional para conocer el tratamiento jurídico que se realiza en otros países de este tipo de violencia.

Finalmente, habiendo analizado toda la información tanto legal, como histórica, médica y sin olvidarnos también de la perspectiva de género, se establecerán las conclusiones que pretenden dar aún más visibilidad a la que puede considerarse, junto con la mutilación genital femenina, la genuina violencia contra las mujeres.

PALABRAS CLAVE:

Violencia obstétrica. Violencia contra las mujeres. Derechos humanos. Derecho a la intimidad. Derecho a la integridad física y moral. Salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT:

Currently, the so-called obstetric violence has jumped to the front pages of the news, going from being a practically unknown concept to an emerging reality that has even considered legislating as a consequence, in part, of the unstoppable movement to give visibility to associations of women, to achieve better obstetric care in line with the level of development of medical knowledge and practices and a greater social awareness of this problem that seemed to be covered by the naturalness with which women have historically accepted being treated inappropriately during pregnancies and childbirth

In the present work, using the gender approach as part of the methodology, the national regulatory framework, and judicial decisions regarding cases of obstetric violence in our country will be examined, making as a preamble a historical and conceptual introduction of the object of study to your best understanding. Laws and regulations in the international arena will also be analyzed to learn about the legal treatment that is carried out in other countries of this type of violence.

Finally, having analyzed all the information, both legal, historical, medical and without forgetting the gender perspective, the conclusions will be established that aim to give even more visibility to what can be considered, along with female genital mutilation, genuine violence. against women.

KEY WORD:

Obstetric Violence. Violence against women. Human Rights. Right to privacy. Right to physical and moral integrity. Sexual and reproductive health

OBJETO

El presente trabajo nace desde la necesidad de contribuir, a dar a conocer la denominada violencia obstétrica, una de las más genuinas formas de violencia contra las mujeres.

Los objetivos inmediatos perseguidos por el estudio son poner de manifiesto la evolución histórica de este tipo de violencia para realizar su encuadre jurídico en la actualidad, haciendo hincapié en su tratamiento legal, tanto en nuestro país, donde más que legal es normativo, como en el ámbito internacional.

Además de lo anterior, el estudio describe la regulación que sobre violencia obstétrica podemos encontrar en nuestro país, además de citar algunas legislaciones internacionales respecto a este particular.

Desde el conocimiento de que existe un problema, encontrar las vías para la mejora de la salud reproductiva de las mujeres mediante el respeto a sus derechos y sus decisiones, medicalizando este proceso únicamente cuando sea necesario, informándolas de ello y solicitando su consentimiento como es preceptivo.

No es una guerra de mujeres contra sanitarios, no es una guerra de buenas contra malos. La humanidad se ha caracterizado por evolucionar, por tomar las cosas positivas del pasado y el presente y adaptarlas al futuro, de hacer que las personas, en concreto las mujeres, a fuerza de lucha y tesón de los y las que nos precedieron hayan ganado derechos en todos los ámbitos. La obstetricia no debe ser ajena a esto, pues esos derechos existen y han de ser respetados, no sólo por los profesionales, sino por los Estados, que como veremos son los que han de proporcionar los medios humanos, materiales, normativos y legales para alcanzar el objetivo al que se comprometen en las firmas de los Tratados Internacionales y en sus propias normativas y legislaciones.

METODOLOGÍA:

Para la elaboración del presente trabajo se ha contado con la tutorización del Doctor Paulino César Pardo Prieto, profesor titular del área de Derecho eclesiástico del Estado de la Universidad de León.

La elección de este tema se ha realizado después de la lectura del Blog de la Abogada Francisca Fernández Guillén, especialista en negligencias médicas en el parto y su lucha para que se cumpliera la Decisión 138/2018 del Comité para la Eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) de 28 de febrero de 2020, con la que hubo contacto por correo electrónico y facilitó la documentación para estudiar la decisión, el dictamen y su remisión al mencionado blog para conocer más aún la violencia obstétrica a través de la voz y el testimonio de muchísimas mujeres que usan dicha plataforma para exponer sus casos y experiencias.

Es necesario un tributo de agradecimiento y admiración por su trabajo en un terreno tan desconocido y no muy bien aceptado, hasta día de hoy, por la justicia española.

Para la investigación, fue el tutor quien facilitó el punto de partida con un libro denominado *Amores y Violencias. Género, Diversidad Sexual y Derecho*, en el que se recogía una amplia información sobre violencia obstétrica desde numerosas perspectivas que ha sido de gran ayuda y ha abierto innumerables puertas en la labor de investigación.

Además de la lectura de artículos científicos y doctrinales, de distintas publicaciones, legislación y sentencias, de los blogs, páginas de redes sociales, páginas web, la experiencia de la propia autora, así como las de mujeres del entorno cercano, ante las circunstancias del padecimiento de unos usos y actuaciones médicas que pueden ser, visto lo descrito en las siguientes, páginas constitutivas de esta forma de violencia y las consecuencias de haberla sufrido, ha impregnado cada punto de este trabajo de investigación de sentimientos, tratando de no perder la objetividad, poniendo en relación las más modernas opiniones en este tema con lo que algunas veces sucede en actuaciones ginecológicas en nuestro país. Sentimientos ante el sufrimiento propio, ante el ajeno y ante lo que un día, hace veinticinco años fue un impulso para proceder al inicio por primera vez de la Licenciatura, en aquel entonces, de Derecho, que no es otro que la búsqueda de la justicia y del profundo respeto por las normas, pero también la lucha por cambiar y visibilizar aquello que dentro de estas no estuviera suficientemente tratado, defendido o hubiera sido ignorado, como quedará patente, que es la violencia obstétrica.

El trabajo se estructura en dos partes. En primer lugar, se estudia el marco histórico y conceptual de la obstetricia y la violencia obstétrica y, en segundo lugar, el marco normativo y legal, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

Se analiza también la profusa jurisprudencia que, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ha desarrollado en aras de cambiar la situación real a la que muchas mujeres se ven sometidas en el trance de dar a luz a sus hijos, propiciando que, a través de sus recomendaciones, los países apliquen las normas, que como en el caso de España, ya poseen, pero parecen olvidar.

I. INTRODUCCION

Desde que en 1980 en la II Conferencia Internacional, la ONU declaró por primera vez que la violencia que se ejerce sobre las mujeres en el ámbito familiar es el crimen más encubierto del mundo y planteó la importancia de visibilizar esta problemática¹, han sido muchas voces las que se han alzado para colocar la violencia por razón de género en el lugar que le corresponde.

Fue en 1993 cuando la Asamblea General de la ONU aprobó la «Declaración sobre la eliminación de la violencia hacia la mujer», la que reconoce es una manifestación de las relaciones de poder desiguales perpetuadas a lo largo de los siglos de la historia de la humanidad, siendo la biología, la medicina y las ciencias en general las disciplinas más cuestionadas desde los años setenta por ser más proclives a la investigación en pos del género masculino, obviando las necesidades especiales respecto al sexo femenino en estudios como la sintomatología de algo tan común como un ataque al corazón², con marcadas diferencias en los primeros síntomas, o recientemente con el Covid-19 en el que las secuelas, e incluso la propia enfermedad afecta de manera muy diferente a un género y a otro³, dando preponderancia al sexo masculino, postergando los estudios específicos sobre el femenino.

Dentro de esta violencia contra las mujeres, la denominada obstétrica se puede considerar como una de las más genuinas que se puede ejercer sobre el género femenino.

¹ Ver por todo Naciones Unidas(UN): *Informe de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz*, Nueva York, reunión n° 35, A/CONF.94/35, Decisión-Resolución 5 -La mujer maltratada y la violencia en la familia-, julio de 1980, págs. 82 y 83. Donde por primera vez se habla en un documento oficial ONU de la violencia doméstica como concepto, recomendando adoptar medidas legislativas encaminada a evitar dicha violencia así como la de origen sexual contra la mujer (pág. 25, párr. 65) o como objetivo de salud específico al indicar que es necesario «Desarrollar políticas y programas encaminados a eliminar todas las formas de violencia contra la mujer y los niños y a proteger a la mujer de todas las edades del abuso físico y mental resultante de la violencia doméstica, la agresión sexual, la explotación sexual y cualquier otra forma de abuso» (pág. 39, párr. 141 f).

² Nos estamos refiriendo, al denominado *síndrome Yentl* (que toma su nombre de la película en la que se narra como una joven judía tiene que disfrazarse de hombre para poder estudiar el Torah) por el cual las mujeres enfermas debían de comportarse de acuerdo a los estándares clínicos masculinos para recibir la misma atención que los hombres, de lo contrario se las infradiagnostica y ni siquiera llegan a ser ingresadas; siendo los problemas de corazón en los que se detectó esta actuación inadecuada, constatando que los síntomas de las mujeres (distintos de los de los hombres) no se recogían en las investigaciones médicas antes de 1993. Al respecto puede verse HEALY, B.: *The Yentl syndrome*, New England Journal of Medicine, 325 (4), 1991, págs. 274 a 276 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199107253250408>, consulta realizada el 28/01/2022).

³ CAÑELLES LÓPEZ, M.; JIMÉNEZ SARMIENTO, M.M. y CAMPILLO, N. E.: *Covid 19 en las mujeres, una de cal y otra de arena*, revista científica The Conversation, Madrid, 30/03/2021 (<https://theconversation.com/covid-19-en-las-mujeres-una-de-cal-y-otra-de-arena-157364>, consulta realizada el 28/01/2022)

Absolutamente invisibilizada hasta fechas recientes, la violencia obstétrica se va haciendo oír gracias a las asociaciones de defensa de los derechos de las mujeres que, como el «Parto es nuestro» han dado voz a las víctimas de esta. Es, pues, una violencia emergente desde el punto de vista de su incipiente conocimiento y toma de conciencia de su existencia, pues si no se sabe en qué consiste, es imposible que se reclame un cambio en los procedimientos que la componen.

Al igual que en la violencia de género, las mujeres que sufren violencia obstétrica temen una revictimización en la que, además de lo sufrido, tenga que pasar por largas esperas, papeleos, procesos judiciales penales y administrativos interminables por lo que muchas veces se arrepienten de haber iniciado la denuncia⁴.

El hecho de tener enfrente, como negadores contumaces de la existencia de esta violencia a un sector de los sanitarios, susceptibles de intervenir en el periodo comprendido entre el embarazo, el parto y el puerperio hace más difícil la solución del problema y así queda reflejado en el sistemático archivo judicial de querellas de supuesta mala praxis en esta materia, basadas en informes forenses, los cuales también son médicos, pudiendo existir el llamado corporativismo mediante el cual se tiende a evaluar de manera laxa la actuación de compañeros de profesión.

La legislación española tiene mecanismos, junto con la profusa legislación internacional, para prevenir, juzgar y castigar la violencia obstétrica, pero aún no está suficientemente arraigado en el imaginario de todos los actores del milagro de dar vida, la conciencia de que la parturienta es un sujeto de derechos, con capacidad para razonar y tomar decisiones sobre su cuerpo y sobre cómo y en qué condiciones quiere traer a su hijo al mundo.

A lo largo del presente Trabajo Fin de Máster, se tratará de ofrecer una visión global de lo que se debe entender por violencia obstétrica, hablando tanto de sus antecedentes, como de su presente y de ese futuro deseable y necesario en el que, en esta como en todas las violencias, ha de tener lugar su erradicación.

⁴ Ver, GARCÍA, E.M.: *Partos arrebatados. La violencia obstétrica y el mercado de sumisión femenina*, Madrid (Ed. Ménades), 2021, págs. 15 a 17.

II. OBSTETRICIA Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

1. DEFINICIONES Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

No se podría hablar de violencia obstétrica sin antes entender y familiarizarnos con la obstetricia, conceptos, actores principales y su evolución a lo largo de la historia

Define la RAE obstetricia como:

«La parte de la medicina que trata de la gestación el parto y el puerperio, delimitándose dicha práctica por la acción de un tercero cuyo papel se encuadra en el acompañamiento, el cuidado y la protección de la madre y el hijo en las fases anteriormente citadas»

Como indican algunos obstetras⁵, las mujeres se sienten infantilizadas y apartadas de la toma de decisiones; aun considerándose plenamente conscientes y preparadas para participar de estas y de hecho lo están, se ven reducidas a cuerpos a los que se les atribuye el padecimiento de una patología, buscando más la comodidad del facultativo que la autonomía de la mujer:

«Desde el ayer, sin conocimiento y sin asistencia profesional del parto, evolucionamos hacia una Medicina Paternalista que hoy se resiste obstinadamente a morir y estamos en busca de dar paso a una con reconocimiento del paciente, quien, informado, pueda hacer uso de su autonomía y así decidir lo que es mejor para él»⁶

La mayor parte de los expertos en obstetricia asumen que el parto, en épocas remotas ocurría de forma solitaria. El dolor, para evitar los peligros, como las alimañas, al encontrarse en soledad, era controlado por la mujer.

Es hacia 1500 a. C. cuando aparecen en los pueblos egipcio y griego prácticas obstétricas higiénicas (exploraciones genitales e intervenciones como embriotomías o cesáreas *post mortem*), y es también en ambas civilizaciones en las que se recoge en sendos papiros las prácticas realizadas en los partos.

En el papiro de Lahun (datado hacia el año 1800 a. C) aparecen textos relacionados con la obstetricia como métodos para diagnosticar el embarazo o para anticipar el sexo del bebé.

Por su parte, el papiro de Ebers (redactado en torno al 1500 a. C.) contenía información que revelaba que los partos se realizaban en los domicilios, en concreto en

⁵ Cfr. MANUEL SEDANO, L.; CECILIA SEDANO, M. y RODRIGO SEDANO, M.: *Reseña histórica e hitos de la obstetricia*, Revista Médica Clínica Las Condes, Vol. 25 núm. 6, noviembre 2014, Págs. 866 a 873. En este artículo se reflejan, entre otras cuestiones, los hechos más importantes de la historia de la obstetricia.

⁶ Ver ADÁN, C.: *Conceptos y violencias: Espacios para el debate sobre la violencia obstétrica*, citado en: GOBERNADORAS, J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS): *El concepto de «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid (Editorial Tecnos), 2018, Pág. 89.

algo similar a cobertizos que se colocaban en el exterior de las casas, en la denominada «silla de partos» y siendo atendidos por parteras.

En cuanto a los documentos que recogían las prácticas obstétricas en la antigua Grecia, el *Corpus Hipocraticum* recogía una de las consideradas primeras descripciones de lo que se estimaba un parto normal, si bien conteniendo numerosas teorías erróneas.⁷

Sorano de Éfeso es considerado el primer obstetra de la historia, pero también destacan otras figuras dignas de mención como puede ser la de Hagnódice.

La fuerte vocación para el ejercicio de la medicina de Hagnódice⁸, una joven de la alta sociedad ateniense hizo que simulase ser un hombre para, en el siglo IV a C., ejercer la medicina, profesión vetada a las mujeres en aquella época, especializándose en lo que se conoce hoy como ginecología y obstetricia en la escuela de medicina de Alejandría, regresando después a Atenas donde abrió una consulta.

Fue tal su éxito, que sus colegas de profesión trataron de desprestigiarla, sin saber que era una mujer, aduciendo que seducía a sus pacientes e incluso había violado a alguna de ellas, hecho que terminó con un grupo de maridos celosos interponiendo una denuncia, siendo juzgada, Hagnódice, en el Areópago.

En ese mismo juicio, la doctora reveló su condición de mujer, aunque esto suponía una muerte segura, ya que se trataba de una suplantación de identidad para el ejercicio de la medicina prohibida por la ley a las mujeres.

Gracias a la vehemente intervención de sus pacientes, alabando su profesionalidad y reprochando la denuncia, los miembros del jurado retiraron los cargos contra la doctora y este mismo hecho influyó para que la legislación ateniense suprimiera la prohibición a las mujeres de ejercer la medicina.

Es en época romana cuando se da por primera vez carácter jurídico al concebido no nacido, en el año 700 a. C. con la *Ley Cesarea*. Dicha ley concedía al feto el derecho a la vida después de muerta la madre, realizando una cesárea post mortem⁹.

⁷ Ver LÓPEZ RODRÍGUEZ, A. F.: *Historia del parto en la especie humana: De la soledad a las parteras, comadronas, ginecólogos/as y al equipo obstétrico*, en PARDO PRIETO, P.C. (coord.): *Amores y violencias: género, diversidad sexual y derecho*, León, (Eolas), 2021, págs. 139 a 180.

⁸ Para una panorámica completa de la historia de Hagnódice ver: BERBELL, C.: *Si la profesión de abogado nació en Roma, ¿cómo se ejercía la defensa en Egipto y Grecia?*, www.conflegal.com, fecha de consulta 10-08-2021,

⁹ Cesárea es una derivación de *caesus*, corte. A los niños extraídos de esta manera se les conocía como *cesones* o césares. Las cesáreas, en esta época, eran realizadas siempre una vez fallecía la madre. Ver ampliamente sobre el particular: ARENCIBIA JORGE, R.: *Operación Cesárea: Recuento Histórico*, *Rev. Salud pública*, vol. 4, nº 2, 2002, págs. 170 a 185.

Con posterioridad, la oscuridad que se asocia al medievo tiene su reflejo también en la obstetricia y las formas en las que se atendía el parto en esta época, marcada por la Inquisición, que consideraba a algunas comadronas brujas llegando a condenarlas a la hoguera. Destaca la figura de dos mujeres que ejercían en la rama que nos ocupa, Tórtula de Salerno y en España Catalina Cutanda.

En el Renacimiento se comienza a informar sobre cesáreas practicadas en mujeres vivas y se produce el nacimiento de lo que se podría denominar obstetricia moderna al comenzar los verdaderos estudios anatómicos sobre cadáveres humanos, lo que permite un mejor conocimiento de los procesos relacionados con la reproducción.

En la época renacentista, en el campo de la obstetricia, destacan Ambrosio Paré¹⁰ y Eucharius Rhodion¹¹.

Respecto al ejercicio de la profesión de partera, hasta 1560, en Europa, para ser partera únicamente era necesaria experiencia y una licencia expedida por la universidad.

Fue en 1609 cuando se redactó el primer método didáctico que se conoce para matronas¹² y en 1630 se creó la primera y única escuela obstétrica francesa que fue referencia en toda Europa durante los siglos XVII y XVIII¹³ siendo el de comadrona y partera el único oficio dentro de la medicina en el que las mujeres eran aun medianamente autónomas y libres para su ejercicio.

Figura reseñable en este ámbito fue Jane Sharp que recopiló en 1671 su experiencia en *El libro de las parteras sobre el arte de la obstetricia*.

¹⁰ Este cirujano francés del siglo XVI, considerado padre de la cirugía moderna mostró que era posible dar la vuelta al feto cuando su posición era podálica o de nalgas para evitar complicaciones derivadas de dicha posición. Ver en extenso VAQUERO, C.; DEL RIO, L. y SAN NORBERTO, E.: *Ambrosio Paré. Aportaciones a la cirugía*, Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas, Valladolid (Universidad de Valladolid), Vol. 21, nº 2, 2018, págs. 67 a 70.

¹¹ También conocido como Eucharius Rösslín, con la publicación de su libro sobre el parto *Der Schwängern Frauen und Hebammen Rosengarten* (El jardín de las rosas para mujeres embarazadas y comadronas) en 15013 en alemán y luego en 1537 en latín como *De partu hominis et quae circa ipsum accidu*, este médico alemán trata de manera novedosa la reducción de los dolores de parto a través de la distracción de la angustia, incorporando en dicho manual para parteras (a las que criticaba por la falta de higiene en las prácticas) y matronas, información de autores clásicos como el ya citado Sorano de Éfeso.

¹² La autora fue la aristócrata BOURGEOIS, L. con su libro *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés. Suivi de Instructions à ma fille* (Observaciones diversas sobre esterilidad, pérdida de frutos, fertilidad, parto y enfermedades de mujeres y recién nacidos. Seguido de Instrucciones a mi hija), 1653. Esta obra y una detallada descripción de la labor de esta y otras matronas en esa época es recogida en ORTÍZ, T. y SÁNCHEZ, D. en: *La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII*, BALLARÍN, P. y MARTÍNEZ, C. (eds.): *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*, Granada, Universidad de Granada, 1995, pp. 239-246.

¹³ Ver sobre este particular LÓPEZ-SÁEZ, M.A. y BOUCAND, D.: *Maternidad y matronas en Francia*, www.federacion-matronas.org, fecha de consulta 27-09-2021.

Otros nombres como Anne Hutchinson, Marguerite du Terre de la Marche, Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray forman parte del numeroso elenco de parteras francesas que sirvieron de ejemplo e inspiración a las del resto de Europa e incluso en el resto del mundo.¹⁴

En el siglo XVIII la aparición de la Cátedra de Obstetricia en Francia puso de manifiesto la intención de altas instancias médicas de hacer desaparecer el trabajo de las comadronas. Como respuesta, estas reivindicaron mejorar su formación para equipararse a los que empezaban a invadir sus competencias, siendo en el siglo XIX cuando esas reivindicaciones fructificaron con la aparición de las matronas tituladas, cuyas competencias y atribuciones se encontraban bien delimitadas.

Durante toda la evolución histórica de la obstetricia el principal y más grave problema al que se enfrentaban los profesionales era la mortalidad materna. La mejora de la higiene, las transfusiones de sangre y las mejoras de las técnicas quirúrgicas hicieron descender la mortalidad materna hasta el 0,1 en 1937, siendo ese momento decisivo para que se comenzaran a centrar los esfuerzos y el interés en la vida del feto avanzando en la evaluación de su estado.

Todos los avances que a lo largo de los siglos han hecho el parto más seguro medicamente para la mujer, han alejado también a esta de la libertad en la toma de decisiones, por la medicalización que mencionados avances han introducido en este.

Desde el parto en soledad a la actualidad los avances médicos han ayudado innegablemente a que no sea una de las causas principales de mortalidad en las mujeres como ocurría en la antigüedad, pero también ha traído una deshumanización que aparta a la mujer de la toma de decisiones y de ser la protagonista, junto con su hijo, del momento más importante de cualquier ser humano, el momento en el que nacemos, el momento en que nuestra madre nos trae a la vida¹⁵.

Las mujeres han demostrado durante todo ese tiempo su capacidad y su fuerza para llevarlo a cabo, poner en duda esto es una temeridad y un atentado contra la dignidad de las mujeres que no tienen nada que demostrar en este ámbito, siglos de historia avalan su suficiencia.

¹⁴ Por ejemplo, Benita Paulina Cadeau era una partera francesa que trasladó los conocimientos de la obstetricia europea a Sudamérica, fundando en 1826 la primera maternidad de Hispanoamérica en Lima (Perú). En extenso sobre este particular: QUIROZ, L.: *De la comadrona a la obsteriz. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX*, Granada (Facultad de Medicina, Dpto. de Historia de la Ciencia), *Dynamis Acta Hispánica ad Medicinæ*, vol. 32, nº 2, 2012, págs. 415-437.

¹⁵ LÓPEZ RODRÍGUEZ, A. F.: op. cit. págs. 170 a171.

No se puede negar la necesidad y el bien que ha hecho la medicina como ayuda y acompañamiento, pero nunca como sustituta de la voluntad de quien ostenta el derecho y el poder de decidir: la mujer.

Respecto al concepto de violencia obstétrica, se puede afirmar que hay violencias más evidentes, más reconocibles, porque, incluso, todas las personas estamos familiarizadas con ellas. Ejemplos de estas son el daño físico y la tortura. Este sería el discurso hegemónico de la violencia y en ningún caso se pone en duda que esto sea así, si bien es cierto que este discurso se lleva a cabo de modo tan vehemente, que provoca la invisibilización de otros tipos de violencia como la simbólica, que queda relegada a un segundo plano y sin apenas notoriedad, lo que genera a la vez una indefensión en quien la sufre¹⁶.

Se identifica, por tanto, en un primer término, violencia como violencia física, como si fuese necesario, más doloroso o creíble, ver señales (sangre, moratones) en el cuerpo de quien la padece, que el propio daño infligido en sí.

En el caso de la violencia obstétrica, nos encontramos ante una violencia en ocasiones simbólica, puesto que no siempre se utiliza la fuerza física. Se les arrebató, a las mujeres, el derecho de manejar su cuerpo, de tomar decisiones violentándolas no sólo como mujeres sino también como madres, deshumanizándolas y haciéndolas sujeto de continuas violaciones de sus derechos. Pero se trivializa seguramente porque las secuelas que produce se han normalizado en la vida personal y social y, de otro lado, no son tan visibles, no se encuentran a la vista, como las que dejan otro tipo de violencias. Si las secuelas no son físicamente visibles, si no son palpables, porque no se trata de la violencia más fácil de identificar que sería aquella que deja «marcas» que se perciben a simple vista, la violencia ejercida puede resultar invisible.

En los dos últimos siglos, paralelamente a la evolución médica de los procedimientos obstétricos, debería haber ido evolucionando el reconocimiento de derechos a quien es autora y protagonista del parto

¹⁶ Ver sobre este particular GUTHMANN, G.: *Los saberes de la violencia y la violencia de los saberes*, Montevideo (Nordan Comunidad), 1991, citado por CRUZ, S. y AA.VV en: *El discurso de la violencia obstétrica en Chile*, Taller de Metodologías Cualitativas Innovadoras en Investigación Psicosocial, Santiago de Chile, Escuela de Psicología, U. de Chile, 2015, pág. 3.

Pero, llamativamente, al tiempo que se avanzaba en la lucha porque el parto, el embarazo y el puerperio dejaran de ser la primera causa de mortalidad femenina, la mujer iba perdiendo su legítima potestad de tomar decisiones en el desarrollo del proceso que culmina con el nacimiento, con consecuencias para ella mucho antes y más allá del mismo, en favor de la subordinación de la maternidad al modelo biomédico.¹⁷

A pesar de lo que podría parecer, el concepto de violencia obstétrica no es reciente. A principios del siglo XIX el doctor James Blundell utiliza el término *obstetric violence* para denunciar las prácticas a las que se sometía a las embarazadas en su época¹⁸.

En lengua española las primeras referencias datan de finales del siglo XX, aunque se utilizaban frecuentemente los conceptos «parto violento» o «parto forzado»¹⁹.

Casi todas las definiciones encontradas tienen puntos en común en su descripción de la violencia obstétrica, y cada una de ellas aporta luz al entendimiento de esta.

Pasamos ahora a recoger algunas de estas definiciones, como, por ejemplo:

«El conjunto de actuaciones asistenciales y prácticas técnico-sanitarias que se desarrollan a lo largo del proceso de atención sanitaria que se traducen en una apropiación del cuerpo o de los procesos reproductivos de las mujeres por parte de los y las prestadoras de salud»²⁰

También hay voces²¹ que afirman que la violencia obstétrica se manifiesta esencialmente en seis focos de interés: negligencia, violencia física, violencia sexual, violencia institucional y medicina defensiva²².

¹⁷ BIURRÚN-GARRIDO, A. *Origen y definición de la Violencia Obstétrica*, en GOBERNATRICAS J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS): op. cit., pág. 130.

¹⁸ Ampliamente sobre el particular BLUNDELL, J.: *Principles and Practice of Obstetrics*, Londres (E. Cox), 1834, pág. 255 donde después de describir algunos de los daños físicos producto de arrancar la placenta, resultado de esta violencia obstétrica, (laceraciones, inversiones del útero) no duda en calificar estos comportamientos como de auténticos sacrificios ante Moloch (antigua divinidad asociada al sacrificio de niños), los que han pasado y los que se harán en el futuro. También se habla de la violencia obstétrica en las págs. 620, 701 y 709.

¹⁹ RUÍZ-BERDÚN, D.: *Análisis histórico de la violencia obstétrica*, en GOBERNATRICAS J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS), op. cit., pág. 33.

²⁰ MARTÍN, J. y PAYÁ, M.: *Violencia Obstétrica: la lacra detrás del parto feliz*, citado en ut supra, pág. 69.

²¹ CRUZ, S. y AA.VV.: *El discurso de la violencia obstétrica en Chile*, Taller de Metodologías Cualitativas Innovadoras en Investigación Psicosocial, Santiago de Chile, Escuela de Psicología U. de Chile, 2015, pág. 2.

²² Podemos describir este tipo de medicina como aquella «Entendida como uso excesivo de exámenes que no necesariamente van en favor del paciente, sino más bien con la intención de proteger al médico tratante; la utilización de técnicas consideradas dañinas y con poca evidencia que respalde su efectividad», KESSIER Y MCLELLAN, ut supra, pág. 3.

Desde el punto de vista jurídico, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México la señala como una modalidad de violencia institucional y de sexo, *que es cometida por algunos prestadores de servicios de salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral y que incluso pueda llegar a provocar que pierda su vida o la de su bebé, todo ello como consecuencia de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros*²³.

Coincidiendo con la anterior, la Ley argentina de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres establece que es:

*«aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales»*²⁴.

Esta violencia puede ser tanto física, como psicológica, extremo importante a la hora de visibilizar la violencia simbólica.

En este mismo sentido, en Venezuela, la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de 2007, indica que:

*«Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud que se expresa en un trato deshumanizado en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres»*²⁵.

La organización no gubernamental Médicos del Mundo²⁶ por su parte, establece que la violencia obstétrica son las acciones y conductas que deshumanizan y minimizan a las mujeres durante todo el proceso de embarazo, parto y la etapa posterior, a través de malos tratos físicos y verbales, humillaciones, ausencia de información y de consentimiento, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, y que tiene como consecuencia la pérdida de libertad, autonomía y capacidad de decidir libremente sobre el cuerpo y la sexualidad.

²³ Así lo describe la Recomendación 06/2017 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México (CNDH), *Sobre sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la información en materia de salud, así como violencia obstétrica en agravio de v1, en el hospital general de zona 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Gómez Palacio, Durango, del 28 de febrero de 2017*, págs. 19 y 20.

²⁴ Art. 6. e), de la Ley 26.485, de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales, de 1 de abril de 2009 (B.O. de la República Argentina de 14 de abril).

²⁵ Art.15.13 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a la vida libre de violencia, de 16 de marzo de 2007; Gaceta oficial de la RB de Venezuela n° 38.668 de 20 de abril de 2007.

²⁶ Esta afirmación es recogida en la Decisión C/75/D/138/2018 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer de las Naciones Unidas, 2020, nota al pie n° 4, pág. 3.

Extremos que coinciden por lo expresado por la OMS al asegurar, que muchas mujeres sufren un trato *«irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto»*, reconociendo así el creciente número de experiencias negativas durante este.

Se califica el número de casos como alarmante además de un problema de salud pública y de derechos humanos. Considera también que son violaciones de los derechos de las mujeres:

«el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos, la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener consentimiento plenamente informado, la negativa a suministrar medicación contra el dolor o las graves violaciones de la intimidad»²⁷

Además de identificar la violencia obstétrica, el informe citado, propone iniciativas para respaldar el cambio, tanto de comportamiento por parte de los profesionales de la salud, como los entornos clínicos y sistemas de salud, que dan lugar a la mayor parte de las quejas que encajarían en lo que conocemos como violencia obstétrica.

También se ha pronunciado sobre este tema el Consejo de Europa al indicar que:

«La violencia obstétrica y ginecológica es una forma de violencia que se ha ocultado durante mucho tiempo y aún es demasiado a menudo ignorada. En la intimidad de una consulta médica o de un parto, las mujeres son víctimas de prácticas que son violentas o que puedan ser percibidas como tales. Estas incluyen actos inapropiados o no consentidos, tales como episiotomías y palpaciones vaginales realizadas sin consentimiento, presión uterina o intervenciones dolorosas sin anestesia. También se han denunciado conductas sexistas en el transcurso de las consultas médicas»²⁸

En el plano internacional, la ONU calificó en 2019 esta violencia obstétrica como un *«fenómeno generalizado»²⁹*.

En España, el concepto es visibilizado por movimientos como la «Plataforma Pro-Derechos del Nacimiento» y la creación en 2015 por parte de la asociación «El Parto es Nuestro» del Observatorio de Violencia Obstétrica.

²⁷ Véase OMS informe: *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, dentro del programa «Human Reproduction Programme» (HRP), 2014, págs. 1 a 4.

²⁸ Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, *Violencia Obstétrica y ginecológica*, Resolución 2306/3, 2019, pág. 1.

²⁹ REQUENA AGUILAR, A.: *Matronas y expertas responden a los colegios de médicos: La violencia obstétrica sí existe*, eldiario.es, 22/ 07/2021, consulta realizada el 4 de agosto de 2021.

También se ha puesto de relieve la tendencia en el momento del alumbramiento, de «*medicalizar, patologizar y sobre todo intervenir sin necesidad*»³⁰, dejando patente que «*el uso de prácticas que no están avaladas por la evidencia científica supone una vulneración de la libertad de la mujer y su autonomía*»³¹.

Como resumen de todo lo anterior, nos encontramos pues que, la violencia obstétrica surge de la excesiva medicalización, cuando es innecesaria, de un proceso biológico como es el parto. Esta medicalización genera, por parte del personal sanitario, una actitud paternalista que desautoriza la toma de decisiones de las mujeres incluso cuando el parto se desarrolla con normalidad y, en otros casos, constituyen un trato vejatorio que las hace sentir como si fuesen niñas o adultas incapacitadas. La verbalización de la violencia obstétrica incomoda a algunos de los profesionales de la rama sanitaria que no aceptan que su competencia no consiste en dirigir sino en acompañar. Las razones por las que estos profesionales actúan de este modo son múltiples, desde la falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, traumas no resueltos o el síndrome de «burnout» ante la carga de trabajo, que provocan la atención deshumanizada y acciones que se corresponden con la violencia obstétrica.³²

³⁰ Así se expresa MURIALDO, V., antropóloga y vicepresidenta de la asociación «El Parto es Nuestro» durante su intervención en la mesa «*Propuestas para erradicar la violencia obstétrica del sistema sanitario*» organizado por el Instituto de las Mujeres, dependiente del Ministerio de Igualdad en el marco del conversatorio online *Salud sexual y reproductiva, hacia la modificación de la Ley Orgánica 2/2010*, Madrid, 8 y 9 de julio de 2021.

³¹ Ver SOLER, S.: *Una mirada a la violencia obstétrica en España: Estamos atendiendo el parto como si fuera una patología*, RTVE.es, Noticias 18 de Julio de 2021, fecha de consulta 05/08/ 2021.

³² OLZA FERNÁNDEZ, I.: *Estrés post traumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica*, Cuadernos de medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace, nº111, 2014, Págs. 79 a 83.

2. SUPUESTOS DE HECHO MÁS COMUNES EN LA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL

Establece la OMS que la violencia obstétrica supone un grave problema global de salud pública que pone en riesgo el bienestar de las madres y los bebés.

Nos encontramos ante una violencia ejercida hacia mujeres embarazadas, por parte del personal sanitario y podría extenderse desde la gestación hasta los dos años después del parto. Existen elementos que caracterizan, como ya se ha dejado patente, este tipo de violencia como pueden ser el trato deshumanizado, la imposición de tratamientos innecesarios o la excesiva medicalización del proceso.³³

2.1 DURANTE EL EMBARAZO

Durante el embarazo, tanto en las consultas rutinarias como en las posibles visitas a los servicios de urgencias se tiende a infantilizar y a limitar la capacidad de decisión de las mujeres gestantes. Se ven en ocasiones acusadas de ser «histéricas»³⁴ por sus miedos e inseguridades durante la gestación. La medicina pierde la perspectiva de la mujer, centrándose en el embarazo tratando a esta como un mero contenedor.

Para la persona que realiza esos controles es algo rutinario, para la mujer es algo extraordinario que la provoca miedo, ansiedad o preocupación y en muchas ocasiones sus miedos son ridiculizados o no atendidos con la empatía que se debería esperar.³⁵

2.2 EL PARTO

Define la Federación de Asociaciones de Matronas de España el parto como³⁶:

«El proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, y si se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo»

³³ ARRASTIA, L.: *La violencia obstétrica*. (Artículo elaborado para el perfil de Instagram Visto para Sentencia. 16 de marzo de 2021) consulta realizada el 4 de agosto de 2021.

³⁴ Este calificativo, usado tan a la ligera para dirigirse a las embarazadas supuso un tremendo sufrimiento y maltrato para las mujeres que eran diagnosticadas de este supuesto mal hasta 1952, en el que la Asociación Americana de Psiquiatría la desacreditó como enfermedad afirmando que se trataba de un mito.

La solución era el internamiento en instituciones psiquiátricas además de la práctica de histerectomías que en ningún caso mejoraban los síntomas, en la mayoría de los casos los empeoraba. Se tendía a diagnosticar de histeria a las mujeres que no se conformaban con su destino sumiso y también se asocian los síntomas a la represión sexual que sufrían las mujeres, puesto que la sintomatología que definían la histeria desaparecían en la mayor parte de las ocasiones con lo que se conocía como paroxismo histérico (masturbación asistida) MARTIN CASTRESANA, P: *La histeria femenina y el invento del vibrador*. www.centrodarmar.com, fecha de consulta 02/11/2021.

³⁵ RENUNCIO ROBA, A.: *Salud, medicina, ciencia y perspectiva de género*, Documentación del curso impartido el 28 de enero de 2021 en la Universidad de León (Violencias en asistencia sanitaria), resumen de las págs. 195 a 201.

³⁶ Cfr. FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (FAME): *Guía para madres y padres, Iniciativa al Parto Normal*, Pamplona, 2011, pág. 6.

Es determinante fijarse en tres conceptos: proceso fisiológico (aquel que se desarrolla dentro del funcionamiento biológico normal del organismo), gestación a término (es la que se encuentra entre la semana 37 y la 40 posterior a la fecha de la última regla) y que se desarrolla sin complicaciones, siendo estas tres condiciones las que se tienen que dar para que el parto pueda ser íntegramente atendido por una matrona³⁷, siendo preceptiva la intervención del ginecólogo, que es el profesional especializado en las enfermedades relacionadas con el aparato reproductor femenino, únicamente en los casos en los que exista alguna anomalía.

El papel de la matrona es el de ayudar, puesto que profesionales e investigadoras que han dedicado su trabajo a conseguir un «parto respetado»³⁸ y a la eliminación de la violencia obstétrica aseguran que solo hay una protagonista en él: la mujer.

La profesora de enfermería de la Universidad Jaime I Desirée Mena Tudela afirmaba en declaraciones a Radio Televisión Española que³⁹:

«El parto es una parte sana de la fisiología de la vida sexual y reproductiva de las mujeres. No puede ser que la estemos atendiendo como si fuera una patología». Es innegable que los profesionales aportan seguridad, pero se tienen que sopesar también las consecuencias de la medicalización de un parto»

Para mejorar la praxis médica se han elaborado guías entre las que destaca la de la OMS «Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto» y la confeccionada por el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) en colaboración con otras entidades que se denomina «Guía de práctica clínica sobre atención al parto normal» en la que se analizan los distintos factores que se han de sopesar para llevar a cabo un parto adecuado con la mínima intervención clínica posible.

Cuando no se respeta su criterio, la mujer en el parto pasa de ser un sujeto activo a ser un mero objeto, viendo, por tanto, limitada la capacidad de decisión sobre su propio cuerpo.

A lo anterior hay que añadir que, en el embarazo, la mujer, por los cambios hormonales se siente más vulnerable, por no hablar de la posición a la que la aboca su género: es educada para aguantar, soportar; el parto es así, hay que aguantarse, no hay que quejarse.

³⁷ Vid. GARCÍA FERNÁNDEZ, R.: *Buena práctica en la atención de la matrona*, en PARDO PRIETO, P.C. (Coord.), op. cit., pág. 181 a 187.

³⁸ Respecto a lo que se consideraría «parto respetado», este sería atender en base a la evidencia científica sin que sea la mujer quien exija esa atención.

³⁹ Ver SOLER, S.: *Una mirada a la Violencia Obstétrica en España*, op.cit.

Existe una creencia muy arraigada respecto al parto en el que este tiene que ser con sufrimiento puesto que este sufrimiento ha de ser una constante en la vida de la mujer.

La madre debe ser «sacrificada» y sufrir por sus hijos, ignorando sus propias necesidades, su malestar y su dolor en pos del bienestar de su hijo, aunque ese malestar y dolor en nada beneficie a este, sino todo lo contrario.

El interés se centraría en el bebé no en la madre, sin que este interés tuviera que ser excluyente, pues ambos tendrían que recibir la misma atención, pero en este sentido también existe un machismo propiciado en gran medida por las propias mujeres⁴⁰.

Aunque ya estemos en el camino del cambio, concurre en el parto una visión masculina de un proceso femenino.

Pasamos ahora a analizar acciones realizadas durante el parto, de las más denunciadas por algunos colectivos de parto respetado, que no son recomendables y que, como es obvio, han de tratar de evitarse siempre y han de ser previamente autorizadas y explicadas a la parturienta, no siendo así en la mayoría de los casos:

La Maniobra de Hamilton se trata del despegamiento de membranas amnióticas a nivel cervical, para ayudar a la inducción al parto. Es una maniobra molesta, dolorosa y que puede producir hemorragias y rotura prematura de las membranas.

Existen respecto a estas opiniones contrapuestas. Mientras en 1977 el Comité de Medicina Materno-Fetal de la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá recomendaban la práctica entre las semanas 41 y 42 para disminuir la muerte perinatal, la OMS la desaconseja en sus Diez Principios para el cuidado perinatal del embarazo y el parto normal proponiendo, entre otros principios, la no medicalización, que cualquier medicalización sea basada en evidencia y sobre todo tener en cuenta la decisión de las mujeres.⁴¹

⁴⁰ Ver ampliamente sobre el particular, GARCÍA, E.M.: *La violencia obstétrica como violencia de género*, Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 2018, pág. 425 a 428.

⁴¹ En concreto son los principios 1, 3 y 9. Véase CHALMERS, B.; MANGIATERRA, V. y PORTER, R.: *WHO principles of perinatal care: the essential* antenatal, perinatal, and postpartum care course, Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS, No 14 Feb. 2002, pág. 15; Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. También puede consultarse extensamente OMS: *Recomendaciones de la OMS para la Conducción del trabajo en el parto*, 2015, pág. 5.

Tactos vaginales utilizados para averiguar la dilatación de la parturienta y su progreso. Según la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) y las Recomendaciones de la OMS de cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva⁴² se deberían limitar a los imprescindibles, pero se hacen de modo frecuente y en la mayoría de las ocasiones por diferentes personas, lo que aumenta el riesgo de infección, no respeta la intimidad de las mujeres y se realizan sin explicación o consentimiento en innumerables ocasiones, aunque se vayan limitando cada vez más.

Episiotomía es un corte en el periné para ampliar el espacio para el feto y supuestamente evitar desgarros. Y se dice supuestamente porque no los evita y lleva consigo complicaciones como, dolor residual, molestias al sentarse, dolores en las relaciones sexuales y sensación general de tirantez.

La EAPN y la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que en menos del 15% de los partos ha de realizarse la episiotomía, mientras en los años 90 se realizaba en un 90% de los partos.

El número de episiotomías varía también de un centro a otro, aunque hoy en día se limita mucho más. Mardsen Warner, que fue Director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS, afirmaba en el año 2000 que:

*«realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital de la mujer. El índice de episiotomías (en aquel entonces) del 89% en España constituye un escándalo y una tragedia»*⁴³

Postura durante el parto. La litotomía sigue siendo la más usada en los protocolos hospitalarios, aunque existe más flexibilidad en la mayoría de estos. Esta movilidad, también está limitada por la analgesia epidural.⁴⁴

Maniobra de Kristeller consiste en la presión en el abdomen de la parturienta durante el expulsivo para presionar el fondo uterino y ayudar al feto a bajar, aunque su creación en el siglo XIX fue para que el feto saliese una vez coronado. Hoy en día es una maniobra totalmente desaconsejada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la OMS y la EAPN, por los potenciales riesgos de morbilidad materna y fetal y su escasa utilidad positiva.

Cesárea. Se trata de incisión quirúrgica en el abdomen y el útero para extraer al bebé.

⁴² Véase OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*, 2019, Pág. 78.

⁴³ Vid. FERNÁNDEZ GUILLÉN, F.: *¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos*, Dilemata Revista Internacional de Ética aplicadas, nº 18, año 7, 2005, págs.113 a128.

⁴⁴ Recomendaciones de la OMS y OPS: op. cit., págs. 126, 129 y 130.

Tiene un riesgo de 5 a 7 veces mayor que el parto vaginal puesto que es una operación importante, existiendo un amplio elenco de posibles complicaciones entre las que encontramos infecciones, hemorragias, lesiones en vejiga, útero o vasos sanguíneos, dolor pélvico, problemas intestinales, etc., condicionando, además, un riesgo elevado de otra cesárea en futuras gestaciones.

La OMS la recomienda si es necesaria por riesgo fetal o materno (entre un 10 y un 15%), pero en España, se dispara sobre todo en algunas clínicas privadas.

Igualmente, el hecho de no realizar una cesárea cuando es necesaria también es violencia obstétrica ya que, en muchos países, en los que las mujeres tienen circunstancias diferentes a los países desarrollados, tanto la madre como el bebé mueren por no tener acceso a esta.⁴⁵

2.3 LA SEPARACIÓN MADRE-BEBÉ.

En la actualidad no se pone en duda los beneficios que supone el contacto piel con piel de la madre con el bebé inmediatamente después al nacimiento, sin embargo, no siempre se permite o se ha permitido.

Se separaba al bebé de la madre por diversos motivos, ninguno de los cuales era de vital importancia y podía realizarse perfectamente con posterioridad (vestirlo, vacunarlo, pesarlo, etc.) constituyendo esta otra forma de violencia al privar, tanto a la madre como al bebé de ese primer vínculo tan importante que además según recientes estudios propician la lactancia materna, tan necesaria y beneficiosa para el bebé y la recuperación de la madre.⁴⁶

⁴⁵ Recomendaciones de la OMS: op. cit., pág. 54

⁴⁶ MOORE, E.R.; ANDERSON, G.C. y BERGMAN, N: *Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos*, Biblioteca Cochrane, 25/11/2016, https://www.cochrane.org/es/CD003519/PREG_contacto-piel-piel-temprano-para-las-madres-y-sus-recien-nacidos-sanos, fecha de consulta 03/01/2022. Así mismo se puede ver a este respecto GARCÍA MAYI, P.K. y AA.VV: *Contacto piel a piel al nacimiento*, revista Perinatología y Reproducción Humana, Vol. 31, nº 4, págs. 170 a 173. En el mismo sentido ALBA ROMERO, C. De: *Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término*, Revista pediátrica Vacunas y otras Medidas Preventivas, vol. 11, nº 1, 2013, págs. 51 a 53. Todas estas investigaciones destacan la importancia de esta técnica para llegar a la perfección en los cuidados del recién nacido, debiéndose aplicar a la mayor brevedad posible una vez producido el parto.

Como conclusión a todos los puntos desarrollados en este epígrafe, podemos afirmar que, el uso de estas prácticas críticas, no recomendadas ni avaladas por la evidencia científica, suponen una vulneración de la libertad de la mujer y su autonomía, además de acarrear importantes consecuencias físicas y psicológicas, muchas veces limitantes de por vida, que acarrea su aplicación.

Según declaraciones de expertas profesionales⁴⁷ las consecuencias van desde la pérdida del útero, las incontinencias de los esfínteres, el dolor en las relaciones sexuales, la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático, los problemas de lactancia materna o la pérdida de la confianza en el sistema sanitario. El miedo de algunas mujeres asegura, las lleva a renunciar a tener más hijos.

Datos del Ministerio de Sanidad de 2018, establecen que en los hospitales públicos el 21% de los partos fueron por cesárea, cuando la OMS recomienda que no se sitúe más allá de entre un 10 y un 15% (en los centros privados la cifra es más elevada aún).

En el 52 % de los casos, en los hospitales públicos españoles se aplica una episiotomía, la OMS recomienda un 30%. Los partos inducidos están por encima del estándar de la OMS (19,4% sobre 10%) y en un 53% de los partos del sistema público de salud se realiza estimulación con oxitocina, mientras el estándar deseado es el 10%⁴⁸.

De lo anterior se deduce que, aun conociendo lo que es recomendable, los actores sanitarios no siguen los criterios a los que se les remite en los protocolos.

⁴⁷ Como las realizadas por la profesora Desirée Mena Tudela en declaraciones en la entrevista ya referenciada de SOLER, S., op. cit.

⁴⁸ Datos de la OMS y del Ministerio de Sanidad citados por ADÁN, C.: *Conceptos y violencias: Espacios para el debate sobre la violencia obstétrica* en GOBERNATRICES J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS), Vid. op. cit., pág. 90.

3. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO NEGLIGENCIA MÉDICA

La negligencia médica⁴⁹ se define como la práctica con descuido u omisión del deber por parte del sector sanitario en sus funciones profesionales, siendo además una responsabilidad exigida al sanitario que ocupa la posición de garante, dado que asume la asistencia en el embarazo y en el parto.

Respecto a las negligencias médicas pueden seguirse los siguientes procedimientos:⁵⁰

En el centro médico: se aconseja dejar reclamación y solicitar toda la historia clínica para analizar viabilidad y estrategias.

En vía administrativa y contencioso-administrativa; reclamación por responsabilidad patrimonial de la administración. Solo sería posible ante sanidad pública.

Primero vía administrativa preceptiva ante el servicio público y posteriormente recurso en jurisdicción contencioso – administrativa. Las acciones se dirigen contra el servicio público de salud en concreto y su aseguradora (no contra los sanitarios personalmente). Se persigue el reconocimiento de mala praxis y la preceptiva indemnización por daños.

Vía civil; es posible demandar a la aseguradora del Servicio asistencial. Es lo que ha de utilizarse cuando la negligencia ha acaecido en el Sanidad privada por culpa contractual, por ejemplo. Lo que se procura es el resarcimiento económico. No se condena a los sanitarios con inhabilitación o prisión.

⁴⁹ Sobre este tema se puede analizar FERNANDEZ GUILLEN, F.: *La diferencia entre negligencia médica y violencia obstétrica*, 12/08/2020, <https://www.franciscafernandezguillen.com/post/negligencia-medica-violencia-obstetrica>, consulta realizada el 15/11/2021, donde se realizan afirmaciones como «*que los directivos de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia rechazaron el término violencia obstétrica achacando los casos a malas prácticas puntuales. Sin embargo, la situación que tenemos en España y en gran parte del mundo va más allá de la negligencia médica simple, la que se debe a un error, a una falta de pericia, o de medios técnicos*». Continúa poniendo el acento en que «*hay una resistencia continua y sistemática a aplicar la evidencia científica, y eso es algo que no se explica desde la casualidad ni la puntualidad de un comportamiento aislado*». Su disertación concluye con la divergencia entre los dos conceptos analizados, al decir: «*La violencia obstétrica se diferencia de la mala práctica médica puntual e individual en que se trata de un problema estructural que se viene arrastrando a nivel mundial desde hace demasiado tiempo y que tiene que ver con la condición de la mujer. Si en otra especialidad médica la evidencia científica llevara 40 años diciendo que una práctica es dañina y no se cambiara, eso se consideraría sin duda como una forma de violencia estructural*».

⁵⁰ Sobre este particular se puede ver SOUSA, E. de, abogada especializada en negligencias médicas, conferencia *Derecho en el parto, maternidad y conciliación*, VI Foro Mi matrona, Málaga 07/04/2019 y la entrevista de Noelia Márquez en el Diario de Sevilla, 17/06/2019 donde esta letrada afirma con rotundidad «que a las víctimas de mala praxis se las ningunea desde Sanidad». Es también de muy interesante lectura *La mujer y sus derechos en el parto*, I y II, Criminalfact, 18 y 19 de noviembre de 2019.

Vía penal; la acción se enfoca directamente contra los sanitarios para conseguir una sentencia condenatoria por imprudencia profesional e imponga inhabilitación y en casos extremos penas de privación de libertad, más multas. Se dirige la acción también, comúnmente, contra los responsables civiles directos⁵¹ (servicios públicos, aseguradoras). Es una vía más lenta y costosa emocional y económicamente para la víctima.

Para la defensa de cualquiera de las vías son esenciales los informes periciales que dependiendo de la vía serán necesarios desde el primer momento.

Cualquiera de los procedimientos que se pretendan iniciar tiene que llevarse a cabo especial vigilancia en materia de plazos.

Las negligencias en el parto pueden traer consigo efectos negativos en la salud del bebé y de la madre, la parálisis cerebral o la rotura uterina entre otros⁵².

Para algunos especialistas⁵³, *«una cosa son los comportamientos puntuales o excepcionales, bien por un error o por falta de medios o pericia, pero la violencia obstétrica es algo más, es algo sistémico, estructural, continuado. Debajo de esas actuaciones subyace esa idea de superioridad médica, del abuso de la doctrina de la necesidad médica y de la vulnerabilidad de la mujer, es continuar con actuaciones e intervenciones que están desaconsejadas desde hace mucho tiempo»*.

Que en la legislación española exista una indefinición respecto al término violencia obstétrica, hace difícil la reclamación antes las administraciones o acudir a los tribunales, como así resulta patente en el archivo de las causas por violencia de género que se analizarán. Respecto a este tema se puede afirmar que *«Cuando tenemos que reclamar o demandar por daños causados a las mujeres o a sus bebés nos cuesta mucho trabajo. Nos encontramos con que la parte contraria, incluso en el mismo juzgado, no saben muy bien qué les estamos contando cuando hablamos de violencia obstétrica»*⁵⁴.

⁵¹ Vid. Artículo 117 del Código Penal que nos indica: *«Los aseguradores que hubieren asumido el riesgo de las responsabilidades pecuniarias derivadas del uso o explotación de cualquier bien, empresa, industria o actividad, cuando, como consecuencia de un hecho previsto en este Código, se produzca el evento que determine el riesgo asegurado, serán responsables civiles directos hasta el límite de la indemnización legalmente establecida o convencionalmente pactada, sin perjuicio del derecho de repetición contra quien corresponda.»*

⁵² ARRASTIA, L. Perfil de Instagram Visto para Sentencia, *Negligencias médicas en el parto*, 4 abril 2021, fecha de consulta 1 de agosto de 2021.

⁵³ SOUSA, E. de, abogada especializada en negligencias médicas, conferencia: *Derecho en el parto, maternidad y conciliación*, VI Foro Mi matrona, Málaga 07/04/2019.

⁵⁴ *Ibíd.*

Se llega a asegurar que, cuando hay comprensión, no saben dónde situar esa violencia en nuestra legislación, por lo que defiende que es importante la conceptualización y la regulación de la violencia obstétrica⁵⁵.

Para finalizar, respecto a los litigios por mala praxis obstétrica, estos son llevados por los profesionales especialistas en negligencias médicas que en la mayor parte de las cuestiones obvian las cuestiones de género. Tendríamos que se subsume en el resultado el proceso que condujo a la víctima y a su hijo a la lesión objeto de litigio. Que hayan existido actuaciones y omisiones previas en las que la víctima no ha tenido poder de decisión quedarían sin enjuiciar.

Por suerte esta realidad está cambiando con la intervención de profesionales que añaden una perspectiva de género y un estudio del «*iter criminis*» pormenorizado y realizando la acción profesional que han obviado en la atención de la mujer los profesionales que la han atendido en su procedimiento obstétrico, escucharla.

La violencia obstétrica no es solo consecuencia de mala praxis, además de la utilización de protocolos obsoletos, se trata de una forma más de violencia de género y por ocultada y negada de las más peligrosas⁵⁶.

⁵⁵ Consultar REQUENA AGUILAR, A. *Matronas y expertas responden a los colegios de médicos: La violencia obstétrica sí existe*. Artículo de eldiario.es 22 de julio de 2021. Consulta realizada el 4 de agosto de 2021.

⁵⁶ Ver al respecto MARGARITA GARCÍA, E.: op. cit. pág. 19.

III. MARCO NORMATIVO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL ORDENAMIENTO INTERNO ESPAÑOL. LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL (EAPN).

3.1 MARCO NORMATIVO

Fue en 2006 cuando en España se inició un movimiento que demandaba cambios en lo que a atención al parto se refiere.

El informe del Defensor del Pueblo⁵⁷ se hacía eco de la petición de un numeroso grupo de personas que solicitaban este cambio, aconsejando la implementación de un protocolo para la atención a los partos no medicalizados al que se pudieran acoger quienes desearan, con la salvedad de que los factores de riesgo obstétrico lo desaconsejaran.

El Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo trató la asistencia al nacimiento en el II Foro⁵⁸ de mujeres, salud y género y en el III⁵⁹ los indicadores sanitarios referentes al embarazo, parto y puerperio. Algunas CC.AA establecieron iniciativas para incentivar la asistencia no medicalizada al parto.

En 2008 se comenzaron a promocionar los denominados «planes de parto» por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad⁶⁰. Dichos planes son un documento en el que la mujer puede expresar las preferencias, necesidades, deseos y expectativas respecto del parto y el nacimiento, lo que facilitaría la participación tanto de la gestante como de su pareja evitando tener que tomar decisiones en el mismo momento.

⁵⁷ Vid. Defensor del Pueblo, *Informe anual 2006 y debate en las Cortes Generales*, 2006, págs. 431 y 432, en donde, después de destacar que se han recibido quejas en las que se dice que la asistencia al parto en el sistema Nacional de Salud está muy medicalizada y tecnificada lo que conlleva poco o nulo protagonismo de la mujer y su pareja, indica que se debe respetar la progresión del parto natural cuando se presenta de forma espontánea y sin factores de riesgo, aunque se debe respetar el deseo de aquellas madres de que se dirija medicamente para evitar el dolor o que existan riesgos que así lo aconsejen. También expone que, ante el progresivo aumento de las cesáreas, aconseja que se deben racionalizar las mismas.

⁵⁸ Ver FAET, M.: *II Foro Mujeres, Salud y Género*, Revista Matronas Profesión, Madrid (Ed. Mayo), Vol. 6, nº 4, 2005, págs. 38 a 42, donde se recogen las opiniones y recomendaciones de varios expertos. Así indica que en nuestro país la asistencia al parto tiene lugar de forma mayoritaria en los hospitales públicos, que debería haber una mejor asistencia con más seguridad, humanización y para ello deben existir, por ejemplo, unas salas de dilatación individuales, favorecer la asistencia del acompañante y el contacto materno-neonato además de actuar conforme a protocolos, ofertar técnicas de analgesia, la episiotomía debe ser selectiva no sistemática y obtener consentimiento informado.

⁵⁹ Sobre este particular se puede consultar FAET, M.: *III Foro Mujeres, Salud y Género*, Revista Matronas Profesión, Madrid (Ed. Mayo), Vol. 7, nº 4, 2006, págs. 42 a 47.

⁶⁰ Sobre este tema se puede consultar: Agencia de Calidad del Sistema de Salud, Observatorio de Salud de las Mujeres: *Plan de parto y nacimiento*, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012, págs. 3, 5, 7, 11, 13, 16, 18, 21 y 23. Se indica que el plan tiene distintos epígrafes como son: llegada al hospital, periodo de dilatación con las distintas intervenciones (como son monitorización fetal, tactos vaginales, medicamentos para acelerar el parto, canalización de vía venosa, sondaje vesical y ruptura de bolsa) periodo expulsivo, alumbramiento de la placenta, cuidado y atención al recién nacido, periodo del puerperio y parto instrumental o cesárea. Al final del documento se adjunta un modelo de hoja de registro hospitalaria sobre plan de parto y nacimiento con zona para las observaciones y que debe ser firmado por la interesada.

A juzgar por lo que se conoce, estos planes quedan en muchas ocasiones reducidos a meras intenciones, puesto que los profesionales que deben tener conocimiento de ellos no los consultan ni utilizan y si lo hacen, en ocasiones los obvian.

A pesar de que existen cambios y mejoras sigue existiendo descontento, avalado por los casos que siguen produciéndose y que saltan muy a menudo a las primeras páginas de la prensa.

Se denuncia por parte de expertas, matronas y letradas una atención inadecuada⁶¹ que, como se ha venido diciendo, es denominada violencia obstétrica y se sigue muy de cerca toda su evolución en todos los niveles, incluido el legal por diferentes colectivos y asociaciones de mujeres.

Nos encontramos ante una práctica claramente contraria a varios derechos fundamentales recogidos en la CE, como ya se ha dejado patente, entre los que se encuentra el artículo 15 sobre el derecho a la vida y a la integridad física y moral, el artículo 17 sobre la libertad y seguridad personal y el 18 en el que se regula el derecho a la intimidad. En el artículo 43 de la CE⁶², referente a los derechos de protección de la salud y la competencia de los poderes públicos en esta materia. Cabe destacar que se hace mención del concepto *medidas preventivas*, lo cual da una idea de la importancia de actuar con antelación a los posibles problemas que puedan surgir durante el parto.

⁶¹ Sobre este particular se puede ver MARTÍN-CASTAÑEDA, L.B.: *La violencia obstétrica desde la perspectiva de las matronas de atención primaria y hospitalaria en Barcelona. Un análisis desde la antropología*, Matronas Profesión, Madrid (Ed. Mayo), vol. 21/22, nº 3-4/1, págs. 6 a 11, donde claramente se indica, después de definir la violencia obstétrica, «que el resultado de su investigación arroja la conclusión de que la mayor parte de las matronas entrevistadas consideran que la violencia obstétrica existe y que se produce en su ámbito de trabajo a través de diversas prácticas». También se puede ver la opinión de la ginecóloga GARCÍA, E.M.: *Partos arrebatados. La violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina*, Madrid (Ed. Ménades), 2021, págs. ,cuando advierte de la diferencia del discurso de los ginecólogos/as y de las matronas.

⁶² Este artículo dispone que:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Además, existen otros textos legales:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, cuyos artículos 10.1 y 10.4⁶³ sientan las bases de la protección de la intimidad y de la dignidad.
- Ley 33/2011 General de Salud Pública, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Ley 41/2002 de Autonomía del paciente.
- Por último, también en determinados preceptos, como el que indica que el médico se abstendrá de imponer su criterio respetando las decisiones de los pacientes, podemos citar el artículo 8.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la organización médico colegial que ha de ponerse en relación con el 4.5 de la ya citada Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ⁶⁴.

El ordenamiento jurídico español tiene herramientas para proteger y reconocer los derechos de la mujer beneficiaria de los servicios sanitarios y susceptible de sufrir violencia obstétrica.

El Estado y las CC.AA deben ser garantes de que las prestaciones sanitarias y los servicios ofrecidos se cumplen en función de los estudios, protocolos y recomendaciones técnicas que estos mismos organismos proponen y aprueban.

Se debe recomendar a los poderes públicos que se pase de la voluntariedad o mera recomendación a normas de obligado cumplimiento, pues han pasado muchos años y se ha demostrado que los protocolos para evitar la violencia obstétrica funcionan si se usan.

⁶³ Estos apartados indican:

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social. (Apartado 1 del artículo 10 redactado por el apartado uno del artículo 6 de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad («B.O.E.» 2 agosto).
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.

⁶⁴ Véase: Entrada en el blog de FERNÁNDEZ GUILLÉN, F.: *Algunos aspectos jurídicos de la atención al parto*, abril 2009.

La legislación sanitaria confiere la máxima protección a la dignidad e intimidad de los usuarios y su derecho a recibir información adecuada y esto debe ponerse de relieve en esta especialidad médica por su trascendencia en la vida de las personas. Todos nacemos de igual forma pero no de la misma manera, ya que las circunstancias personales de la madre, Comunidad Autónoma donde se nace, centro sanitario, profesionales intervinientes, etc. condicionan el proceso y el desenlace del embarazo, parto y puerperio.

En España la percepción de las mujeres de haber sufrido violencia obstétrica oscila entre el 30,7% de La Rioja y el 42,1% de Murcia. Siendo el 36,1% en Castilla y León⁶⁵, siendo estos porcentajes muy elevados.

En nuestro país, en el año 2020, hubo 341.315⁶⁶ nacimientos y se produjeron 88.269⁶⁷ interrupciones voluntarias del embarazo que sumados dan 429.584 actuaciones ginecológicas solo en estas dos variables relacionadas con el embarazo y parto, por tanto, aplicando un porcentaje medio del 38,5%, en función de los datos contenidos en el estudio citado en el párrafo anterior, nos da que se han producido 165.389 casos de posible violencia obstétrica, lo cual es una cifra que ya de por sí sola llama la atención y debería obligar a los poderes públicos tomar cartas en el asunto en aras de una mejor atención durante el embarazo, haciendo los protocolos obligatorios, puesto que las recomendaciones no han funcionado hasta ahora.

⁶⁵ Sobre este tema se puede consultar MENA-TUDELA, D. y AA.VV: *Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's perception and Interterritorial Differences*, International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 17, Nº 19, octubre de 2020, pág. 5. Los porcentajes por Comunidades Autónomas son: Galicia 41,1%; Asturias 37,5%; País Vasco 36,3%; Cantabria 41,1%; Navarra 39,5%; Aragón 38,4%; Cataluña 38,2%; Madrid 37,2%; Extremadura 41,6%; Castilla-La Mancha 38,5%; Comunidad Valenciana 38,4%; Andalucía 39,4%; Islas Baleares 39,2% e Islas Canarias 39,3%.

Este importante y pormenorizado estudio sobre la violencia obstétrica en España se realizó sobre una muestra 17.541 mujeres de todo el país entre enero de 2018 y junio de 2019 y se dividió en tres partes, esta primera, aquí referenciada sobre la percepción de las mujeres en cuanto a la violencia obstétrica y las diferencias territoriales por comunidades autónomas, la segunda parte sobre el intervencionismo y la medicalización durante el parto y la tercera sobre los profesionales de la salud, horarios y áreas. En concreto:

- *Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth*, International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 18, nº 1, 29 de Diciembre de 2020.
- *Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas*, International Journal of Environmental Research and Public Health, Vol. 18, nº 7, 24 de Marzo de 2021

⁶⁶ Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

⁶⁷ Fuente: Ministerio de Sanidad.

Respecto al derecho a recibir información que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, las mujeres tienen derecho a conocer toda la que exista respecto a las actuaciones en el ámbito de su salud siendo responsables de darla los profesionales que atiendan a la embarazada⁶⁸. Con carácter general, cualquiera de las actuaciones que se realicen han de ser previo consentimiento informado de esta. Tendrán derecho también a elegir entre las opciones que se le planteen según el artículo 2.6 de la Ley de Autonomía del paciente.

Se pueden aplicar otras normas, teniendo en cuenta el contexto del caso concreto:

- Artículo 1902 del Código Civil en el que se establece la obligación a reparar el daño causado debido a culpa o negligencia
- Dentro del Código Penal los artículos 109, el cual establece la responsabilidad civil derivada de los delitos, es decir, hablaríamos de las indemnizaciones que podrían derivarse de la mala praxis en el tema que nos ocupa. En cuanto al 142 sería aplicable en los casos de homicidio imprudente que trajera causa de actuaciones negligentes con resultado de muerte para la madre o para el bebé ya nacido. El artículo 146 el cual habla del aborto por imprudencia grave, se aplicaría en los casos de la muerte del feto provocada por la imprudencia en la aplicación de la práctica obstétrica. En cuanto al artículo 150, sobre pérdidas de órganos o deformidades, tendrían su aplicación en los casos en los que una práctica médica no adecuada produjese alguna de los dos supuestos recogidos en este artículo, las penas para este delito se encuentran recogidas en el artículo 152. Finalmente, el artículo 157 (lesiones al feto)⁶⁹ se refiere a las lesiones específicamente producidas al feto durante la gestación, siendo el artículo 158 el que recoge las penas para este ilícito penal.
- La denuncia de todos los delitos reseñados en el apartado anterior, tienen su justificación en el artículo 100 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el cual establece el nacimiento de la acción penal aplicable a este caso, pues de todo delito o falta nace acción penal para el castigo del culpable.

⁶⁸ Este aspecto está regulado en el Capítulo II de la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente

⁶⁹ El tenor de este artículo 157 es:

«El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años».

3.2 LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL (EAPN)

Conviene resaltar en primer lugar, dentro de la elaboración de la Estrategia de Atención al Parto Normal⁷⁰ (en adelante EAPN), el hecho de que participasen todos los agentes implicados en el parto: sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales y de mujeres, CC.AA. y personas expertas, siendo coordinadas por el Observatorio de Salud de las Mujeres, culminando con la aprobación de la EAPN en el pleno del Consejo Interterritorial de SNS en octubre de 2007. De todo lo anterior puede afirmarse que este es un documento consensuado y acreditado en contenido, ante el conocimiento de los hechos protocolizados por aquellos que participaron en su redacción.

Su principal función consiste en guiar la toma de decisiones y tiene una orientación práctica. La EAPN se articula sobre la base de que el parto y el nacimiento son un proceso fisiológico cuya única intervención justificada es aquella realizada en aras de corregir la desviación de la normalidad favoreciendo un clima de confianza por parte los profesionales respetando la privacidad y la dignidad de la mujer. Lo que se persigue con esta Estrategia es la mejora de la calidad asistencial manteniendo la seguridad necesaria⁷¹.

En los cinco capítulos en los que se divide encontramos el análisis de la situación en que se realizó, valorando los resultados que en ese momento resultaban de la atención al Parto normal en el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo general de la Estrategia consistía en mejorar la calidad asistencial manteniendo la seguridad y sin perder de vista que se está ante un proceso fisiológico, favoreciendo un clima de confianza respetando la confidencialidad, la privacidad y la dignidad de las mujeres.

En cuanto a los objetivos específicos, la participación de las gestantes en la toma de decisiones es uno de los más relevantes y que más hace patente que, a pesar de la existencia de esta Estrategia, la realidad de su aplicación a día de hoy aun dista mucho de lo que se pretendía.

Dentro del capítulo cuatro, en el que se desarrollan las líneas estratégicas a seguir cobra una importancia crucial el abordaje de las prácticas clínicas que se venían desarrollando para actualizarlas o utilizarlas solo de manera residual.

⁷⁰ La EAPN es un informe realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), diciembre de 2007, revisado posteriormente en marzo de 2012.

⁷¹ Ver Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, op. cit., pág. 5.

La EAPN, da pues la mayor importancia a la mujer como sujeto activo en el parto, además de apostar por la formación continuada y especializada del personal sanitario, haciendo de la investigación y la innovación un pilar fundamental para la atención al parto normal.

Después de la aprobación de la EAPN se constituyeron dos comités. Por una parte, estaba el Comité Institucional que tenía dos actores las CC.AA y el Estado y, por otra, el Comité Técnico de profesionales, expertos, asociaciones de mujeres, etc.. Se crearon a su vez dos grupos de trabajo, uno de indicadores y el otro de formación. Paralelamente, se elaboraron también documentos para impulsar la EAPN, que se actualizan en conocimientos, dan pautas y establecen estándares de calidad que han de cumplir los centros sanitarios⁷².

En diciembre de 2012 se realizó un informe para revisar los resultados de la Estrategia hasta esa fecha, siendo la premisa inicial que los indicadores de seguridad en la atención sanitaria a las mujeres y sus hijos, en España son buenos y comparables a los países de nuestro entorno, por tanto, el margen de mejora estaba en lo relacionado con la calidad y la calidez en la atención, priorizando la participación de las mujeres contando con el asesoramiento y el acompañamiento de los profesionales. Se contempló la necesidad de eliminar algunas prácticas injustificadas y sus consecuencias y se destacó la importancia de la participación de las mujeres en todo el proceso y la toma de decisiones conjuntas, disminución de la medicina defensiva y las posibles acciones judiciales.

No cabe duda de que la EAPN es un documento que de ser aplicado de modo exhaustivo haría prácticamente desaparecer los casos de violencia obstétrica, puesto que nos encontramos que toca todos los puntos susceptibles de provocarla, dando pautas de actuación para los profesionales y dotando a la mujer del protagonismo que se merece. Que su aplicación sea, aún a día de hoy opcional o laxa y que los profesionales no tengan obligación de respetar sus preceptos ni las herramientas para ello, hace que un documento tan importante por el consenso con el que ñ.se creó, quede en ocasiones, por suerte cada vez más aisladas, reducido a papel mojado.

⁷² Así tenemos: Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Plan de parto y nacimiento. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. La asistencia al parto de mujeres sanas.

IV. TRATAMIENTO JUDICIAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA.

En los casos de violencia obstétrica se vulnera el derecho a la salud, a la igualdad, a la dignidad, a la privacidad e intimidad, el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas sobre su salud, a no recibir tratos inhumanos y degradantes y el derecho a la no discriminación⁷³.

En la STSJM 151/2006 de la sala de lo contencioso-administrativo se establece que la necesidad de consentimiento informado, que está recogida en el artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, implica que los pacientes deben conocer con motivo de cualquier ámbito de su salud la información disponible. Esta sentencia que traía causa de la demanda interpuesta por la redacción de un documento de Consentimiento informado de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) que cambiaba los términos del consentimiento informado recogido por el legislador. Este tipo de «confusión» en el que persiste la SEGO han dado lugar también a que sea el Tribunal Supremo quien en su sentencia de 2 de julio de 2010 aclare que no es necesario un consentimiento informado para dar a luz, puesto que se trata de un proceso fisiológico que es por tanto ajeno a la voluntad de quien lo protagoniza, explicando, aunque sea obvio, que el objeto del consentimiento informado son las intervenciones médicas que puedan surgir con motivo de dicho proceso fisiológico.

Aunque la legislación recoja la necesidad de la obtención de este consentimiento, en el caso de las mujeres durante su parto, esa necesidad y obligatoriedad desaparece, no recibiendo ni explicaciones ni solicitando su permiso prácticamente para nada, mecanizando por completo las actuaciones sin que quien es objeto de ellas sea tomada en consideración con consecuencias nefastas ante este maltrato obstétrico como puede ser el síndrome de estrés postraumático⁷⁴.

⁷³ FERNÁNDEZ GUILLÉN, F.: *¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos*, DILEMATA, año 7, nº 18, 2005, págs. 113 a 128.

⁷⁴ Una frase clarividente sobre este tema, la cita FERNÁNDEZ GUILLÉN, F., op. cit., pág. 124 de la escritora Pat Barker, que en su libro sobre la I Guerra Mundial *Regeneración* recogió una interesante conclusión del Dr. Rivers, psiquiatra que investigó los traumas de los soldados y es considerado padre del estrés postraumático «*los hombres responden a las situaciones límite de la guerra de la misma manera que las mujeres en tiempos de paz. Lo que aprieta en el último extremo el gatillo del estrés- o lo que antes se llamaba «histeria»- es la incapacidad de poder controlar tu propio destino y de estar a expensas de las fuerzas aleatorias*».

El hecho de no poder tener bajo control lo que está ocurriendo, no poder ser partícipe de las decisiones, en palabras de la doctora Ibone Olza, psiquiatra especializada en atención perinatal, es uno de los factores que más influye en la evolución de este estrés postraumático⁷⁵, estimando que entre el 2 y el 6% de las mujeres desarrollan ese trastorno después del parto.

Otro ejemplo de situaciones de conflicto entre el personal sanitario y la parturienta se puede observar en lo sucedido en Asturias en 2019, cuando una mujer, embarazada de 42 semanas acudió al Hospital Universitario Central de Asturias (en adelante HUCA) a un control de bienestar fetal tras el que se la recomendó una inducción.

La paciente fue a su casa, y allí se inició el parto de manera natural. Pero esa misma tarde la Policía Local se presentó con una orden del juzgado dictada a instancias de la Subdirección de Servicios Quirúrgicos Críticos de HUCA requiriendo su ingreso forzoso para realizarle de manera inmediata una inducción al parto aludiendo un presunto riesgo de que el bebé falleciera por hipoxia de no hacerla. Sin embargo, la ginecóloga que la atendió en urgencias le dijo que el bebé estaba bien y de hecho fue trasladada a planta donde paso 36 horas antes de que le fuera practicada una cesárea, siendo sometida en ese plazo de tiempo a tactos vaginales forzosos tratándola sin ningún tipo de respeto a sus derechos escudándose en la orden judicial.

La mujer llevó el caso a los tribunales y en septiembre de 2019 el Juzgado de lo Contencioso-administrativo número 3 de Oviedo dio la razón al HUCA llegando a afirmar en la sentencia que *«el trato fue exquisito»* aseverando también que: *«hay que anteponer, como no podía ser de otra forma, la vida y la salud del nasciturus, a cualquier otro interés»*.

Recurrida la Sentencia ante el Tribunal Superior de Justicia de Asturias, este fue desestimado, interponiendo recurso de casación que también ha sido desestimado, si bien es cierto que el Tribunal Constitucional sí admitió un recurso de amparo.⁷⁶

Actuar del modo que acabamos de narrar, atentando contra los derechos fundamentales de la mujer respecto a la salud y la integridad física para procurar un supuesto bien a su hijo, que en este caso no se produjo, solo deberían sacrificarse en beneficio de este si es por propia voluntad, nunca por la fuerza, salvo contadísimas excepciones por razones de salud pública. Esta mujer, ni la mayoría, deseaban nada malo para su hijo, pensar eso ya es de por sí denigrante para la madre

⁷⁵ OLZA FERNÁNDEZ, I.: op. cit. pág. 80 y *Los traumas de los partos*, Curso, Madrid, 25/01/2014.

⁷⁶ GONZALEZ, Y.: *El Supremo tumba el recurso de la mujer que denunció al HUCA por obligarla a parir en el hospital*, Artículo publicado en la edición digital de EL COMERCIO 4 de febrero de 2021 (Fecha de consulta el 21 de diciembre de 2021). Ver en extenso los fundamentos de derechos de la Sentencia 84/2020, de 11 de febrero de 2020, rec. 324/2019 del TSJPA, sala de lo contencioso Administrativo, sec. 1ª.

El ordenamiento jurídico español no exime a las embarazadas del derecho a rechazar tratamientos y el Código Penal, no contempla como eximente en el delito de vejaciones o lesiones que la finalidad de estas fuese beneficiar al feto. Aunque sigue siendo una contradicción que por una parte se erijan en garantes de los derechos del niño mientras que usan otras prácticas durante el parto que puede dañarlos gravemente.

Lo que ocurre en los paritorios, solo llega a los tribunales cuando se producen lesiones físicas muy graves, quedando el trato vejatorio que precede a estas oculto al igual que la herida emocional.⁷⁷

Como ejemplo de lo anterior, tenemos el caso de una mujer, inmigrante sudamericana, que fue a dar a luz a su primera hija al Hospital Clínico de Barcelona. Fue «utilizada» para la práctica «docente» de fórceps. En el testimonio obrante en las diligencias previas que se siguieron en el juzgado de Instrucción nº12 de Barcelona se podía leer que la tutora les decía a los alumnos «así no, que le podés (sic.) romper la cabeza»⁷⁸ ... Y así fue, se la rompieron. La mujer refiere que nadie le habló de los riesgos y nadie le pidió permiso para realizarle lo anteriormente descrito.

Igualmente, desolador es lo ocurrido en el caso reflejado en la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura⁷⁹ en el que a una mujer con una antigua fractura de coxis no se le realiza una pelvimetría para valorar la posibilidad de una cesárea y se realiza un parto vaginal en el que tiene que ser utilizada ventosa.

El bebé fallece escasas horas después aduciendo por parte de su madre una falta de atención a este. En fase de diligencias previas fue archivada la querrela puesto que no se consideró que existiese ilícito penal y de la prueba practicada ninguna, a pesar de la gravedad de lo sucedido, y del fatal desenlace favorecían la pretensión de la parte actora.

El tribunal sentenciador indica que no había pruebas de lo que manifestaba la madre, puesto que se basaba en su propia interpretación de los hechos y que los facultativos intervinientes habían cumplido los protocolos establecidos por la Sociedad Española de Ginecología. Cabe oponer a esta exégesis que en el momento de producirse los hechos ya estaban en marcha los planes de parto y la Estrategia de Atención al Parto Normal, por lo que se habría podido enfocar de otra forma, teniendo en cuenta los deseos y la información que la mujer les transmitía.

⁷⁷ Así lo describe FERNÁNDEZ GUILLÉN, F: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/3-respuesta-juridica>, consulta realizada el 25/12/2021.

⁷⁸ *Ibíd.*

⁷⁹ STSJE, Sentencia nº 00021/2016, de 16 de febrero de 2016, nº rec. 186/2015.

No se puede perder de vista, pues son hechos notorios y recurrentes, que para este tipo de casos ha de ser un forense, médico, el que acredite la mala praxis de un colega. Otra de las pruebas, el expediente administrativo y los informes obrantes en el hospital, no dejan de ser subjetivos puesto que quien los redacta es parte implicada en el litigio independientemente de que en la sentencia se alegue que los funcionarios están sometidos al principio de imparcialidad. El testimonio de la madre, la muerte del bebe horas después de un parto complicadísimo y un expulsivo utilizando ventosa no son suficiente prueba y se termina revictimizando a la mujer que además de haber sufrido la pérdida de su hijo asiste impotente al archivo de la querrela y a la desestimación de todas sus pretensiones en la vía administrativa.

Por otra parte, el titular del juzgado de Instrucción nº 1 de Ibiza igualmente archivó una querrela basándose en el informe del forense que «no apreciaba mala praxis en la administración de la anestesia» mientras que el testimonio de la mujer a la que le estaban practicando una cesárea en la Policlínica Nuestra Señora del Rosario es estremecedor:

«Le mostré que ya podía mover los pies y que se me habían pasado los efectos de la anestesia porque había recuperado absoluta sensibilidad en la zona de mi abdomen, le pregunté si me iba a doler y me dijo: «y tanto que te va a doler», todo esto entre sus risas y mis lágrimas. No me lo podía creer. Le pregunté por qué no me ponía algo para no sentir, a lo que respondió que no arriesgaría a mi bebé y hasta que no lo sacaran no me pondrían nada más. Y así fue. Mis gritos de auténtico y puro dolor al hacer el corte y sacar a mi niña no había mascarilla que los ahogara; escuchándolos mi esposo desde la otra habitación. En fin, fue una carnicería. Durante el proceso permanecí consciente y escuchaba todo a mi alrededor, escuchaba como la matrona le pedía que me pusiera una dosis, aunque fuera pequeña para aliviar el dolor»⁸⁰.

Cada uno de los testimonios que pueden verse en las páginas de asociaciones como *El Parto es Nuestro*, o en el propio blog de Francisca Guillén dejan en quien los lee la misma sensación de impotencia con la que las mujeres, víctimas de violencia obstétrica reciben las resoluciones judiciales.

Es inevitable hacer el paralelismo con la presunción de veracidad que se da al testimonio de las mujeres en otros casos de otro tipo de violencia ejercido contra ellas, como es la violencia de género. Sin entrar a debatir la conculcación de la presunción de inocencia, considerada en este ámbito constitucional, no lo sea también cuando los acusados no son la pareja. Siendo constatable que la violencia se recibe en los casos de violencia obstétrica por el mero hecho de ser mujer, sin que intervenga ningún factor más.

⁸⁰ FERNANDEZ GUILLÉN, F.: *¿Existe algo que pueda llamarse «Violencia obstétrica»?*, GOBERNADORAS J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS), op. cit., pág. 108.

V. LA INTERVENCIÓN DEL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER DE LAS NACIONES UNIDAS (CEDAW) EN LOS CASOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en adelante CEDAW por sus siglas en inglés) fue creado en el año 1979 por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer⁸¹ (en adelante Convención)

Empezó a funcionar en 1982 y está formado por veintitrés expertos en los derechos de las mujeres los cuales son elegidos en votación secreta por los diferentes Estados parte. Su creación se realiza en función de lo dispuesto en artículo 17 de la Convención.

El fin de la Convención es eliminar la discriminación a la mujer en todas sus vertientes con la connivencia de los Estados que establecerán las medidas legales, políticas y programáticas necesarias para su consecución, comprometiéndose a enviar informes nacionales al Comité sobre cómo está llevándose a cabo la implementación y el progreso de la aplicación.

Esto deviene en que, al amparo de la Convención, en 1999 se creó un Protocolo Facultativo que establece que es el CEDAW el competente para recibir y ponderar las comunicaciones presentadas ante él por los Estados que lo han ratificado, en función de lo dispuesto por el artículo 18 de la Convención, en concreto: «*un informe sobre las medidas legislativas, judiciales, administrativas o de otra índole que hayan adoptado para hacer efectivas las disposiciones de la Convención y sobre los progresos realizados en este sentido*». Esto se deberá realizar cada cuatro años o cuando el Comité lo solicite.

Además, se contempla en el mismo Protocolo el procedimiento de examen de las quejas que se reciben, que según el artículo 2⁸² podrán ser presentadas por personas que aleguen ser víctimas de una violación de los derechos por un Estado parte con la exigencia de haber agotado previamente la vía judicial interna siempre y cuando la tramitación de esa vía no se prolongue injustificadamente o se prevé un desenlace no efectivo.

⁸¹ 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. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx> (consulta realizada el 24/1/2021).

⁸² El contenido completo del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer adoptado por la Asamblea General en su resolución A/54/4 de 6 de octubre de 1999 se puede ver en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/opcedaw.aspx>, consulta realizada el 24/11/2021.

Las quejas van desde mujeres que han sufrido violencia doméstica, inaccesibilidad al aborto, hasta tratamientos inadecuados en maternidad, etcétera.

Si la queja ha sido objeto de examen por otro órgano internacional o si ha sido examinado por el Comité con anterioridad, no volverá a ser examinada.⁸³

En lo que respecta a la eficacia jurídica de las decisiones del Comité, al recibir la comunicación, este, le da traslado al Estado «implicado» para que en un plazo de seis meses realice las alegaciones que considere necesarias y concluido ese plazo procederá a emitir un Dictamen.

Las resoluciones tienen carácter de Recomendación, pero en el caso de España el Tribunal Supremo en su sentencia 1263/2018⁸⁴, en su fundamento jurídico séptimo ha afirmado el carácter vinculante para nuestro país de estas Recomendaciones.⁸⁵

Los casos presentados contra España ante el Comité son numerosos. En el trabajo de la Profesora Marina Morla con motivo del II Ciclo de Jornadas Abiertas sobre Género Diversidad Sexual y Derecho se desgranar cuatro de estos.⁸⁶

En el primero fue practicada una episiotomía sin consentimiento y en contra de la voluntad de la víctima, acusando a esta de no ser “colaboradora” y diciendo que no le dieran a su bebé que «no se lo merecía». La consecuencia del conjunto de las acciones generó en la gestante disfunción sexual y un menoscabo en su dignidad. El auto⁸⁷ desestimando no valoró las periciales aportadas por la denunciante además de no considerar necesarias las diligencias de investigación que solicitaba la misma.

En el segundo caso, se produjo un ingreso temprano en el hospital, rotura artificial de membranas y administración de oxitocina sintética, prácticas todas ellas de las que la gestante no fue informada. Se la obligó, a pesar de informar sobre una hernia de hiato que le causaba dolores, a parir en posición de litotomía sin permitirle beber agua para mitigar dichos dolores.

Fue presionada por la matrona para recibir analgesia epidural que supuso que los médicos residentes que intentaron administrársela la pinchasen hasta nueve veces sin acertar, teniendo que finalmente ser administrada por el anestesista.

⁸³ Podría considerarse que tiene efecto de cosa juzgada cuando reúne esas características.

⁸⁴ STS n.º 1263/2018, de 17 de julio de 2018, Rec. 1002/2017, Sala Tercera de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª.

⁸⁵ Así se afirma en MORLA GÓNZALEZ, M.: *La violencia obstétrica en España ante el Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas*, conferencia, II Ciclo de Jornadas Abiertas sobre Género Diversidad Sexual y Derecho, 3ª Jornada: violencia obstétrica, Mesa Tercera: Aproximación jurídica al derecho a la salud reproductiva y al concepto de violencia obstétrica, Facultad de Derecho, Universidad de León, 08/04/2019.

⁸⁶ MORLA GÓNZALEZ, M., *ibíd.*.

⁸⁷ Auto n.º 149/2016 Juzgado de Instrucción de Baracaldo, 5 de julio de 2016.

Sumado a todo lo anterior se le realizaron tactos vaginales dolorosos sin explicación previa y la saturación del paritorio la abocó a una cesárea sin que hubiera indicaciones clínicas que la avalasen y sin consentimiento de la mujer. Pero no lo consideró así la sentencia de instancia al afirmar que «*la no existencia de consentimiento expresamente firmado por la misma no altera la decisión de realizar la cesárea, dado su carácter urgente y necesario*»⁸⁸.

En cuanto al tercero, se le administró a la gestante, para inducir el parto, oxitocina sintética, pero acabó siendo una cesárea sin solicitud de consentimiento. Con posterioridad a la cesárea se separó al bebé de la madre administrándole alimentación artificial contra el expreso deseo de la madre que iba a alimentar a su hijo con leche materna y así lo había expresado en su Plan de Parto, siendo ignorada como sujeto racional como ella mismo expresó.

El cuarto y último comienza con la demanda contra el Servicio Gallego de Salud en 2011 por mala praxis en la atención obstétrica. La víctima acudió con un embarazo normal a un hospital público y terminó en un quirófano. Le realizaron una episiotomía sin pedir permiso y fue separada de su hija recién nacida durante varios días como consecuencia de la infección sufrida por esta última, por los innumerables tactos vaginales a los que fue sometida la gestante, sin pedir tampoco su consentimiento.

Su periplo no acabó ahí, puesto que primero los servicios sanitarios y posteriormente los jueces vulneraron su derecho a no sufrir discriminación. Tras un calvario judicial, el Comité declaró que la dicente había sufrido violencia obstétrica y que se trataba de un problema estructural y sistémico que vulneraba los derechos humanos.⁸⁹

La Decisión de CEDAW nº 1 138/2018⁹⁰, correspondiente al caso que nos ocupa, es jurídicamente vinculante para España y esta debe cumplir las recomendaciones que contiene, sin embargo, a día de hoy, el Gobierno y las CCAA siguen sin adoptar las medidas necesarias para abordarlo⁹¹.

⁸⁸ STSJ Andalucía, Rollo de Apelación nº 9/2015, secc.4, Sala de lo Contencioso-Administrativo de Sevilla, 20 de enero de 2016.

⁸⁹ FERNÁNDEZ GUILLÉN, F., *El Estado español es responsable y la Decisión del Comité vinculante. El Estado español es responsable de abordar la violencia obstétrica. La Decisión del Comité para la eliminación de la violencia sobre la mujer de Naciones Unidas es vinculante*, <https://www.franciscafernandezguillen.com/post/el-estado-es-responsable>, 13 de mayo de 2021, consulta realizada 17/11/2021.

⁹⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Dictamen CEDAW/C/75/D/138/2018, en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación nº 138/2018, 28/02/2020.

⁹¹ https://www.elespanol.com/espana/politica/20210926/montero-perseguira-medicos-violencia-obstetrica-machista-prospera/610939724_0.html En septiembre nos levantábamos con esta noticia que a pesar del tono alarmista del titular no es tal. Aún se sigue a la espera de que se produzcan las reformas y se cumplan las directrices en cuanto a violencia obstétrica.

La Abogacía del Estado, en su informe para aclarar qué está haciendo España para implementar las recomendaciones, ha venido a decir, en palabras de Francisca Fernández Guillén, que «... *no va a cumplir con la recomendación de reparar el daño porque debe respetar la decisión de sus órganos jurisdiccionales*»,⁹² lo cual entra en firme oposición con lo expresado por el TS en la Sentencia nº 1263/2018, de 17 de julio de 2018, ya citada al exponer que «*no puede entrar en juego la excepción de cosa juzgada ... la lesión apreciada no deriva exclusivamente de los hechos entonces juzgados, sino también de la actuación y decisiones de las Administraciones intervinientes al dar respuesta a aquellos, incluida la de los órganos judiciales contencioso administrativos que denegaron aquella*».

Como resumen a lo alegado por la Abogacía del Estado podemos apuntar que sus manifestaciones fueron que no había violación de la Convención, que la comunicación no tiene fundamentación y no se produce abuso de derecho pues los tribunales españoles realizaron una profunda valoración de la prueba, que, como es preceptivo, no se agotaron todos los recursos internos pues debería haber presentado una demanda por vulneración de derechos fundamentales y, finalmente, que la valoración de la prueba no ha sido arbitraria, que no hay error manifiesto y no ha existido denegación de justicia⁹³.

Estas manifestaciones dan a entender que España en materia de obstetricia se hace todo correctamente, se disponen de todos los recursos para que el parto sea perfecto y no hay nada en este respecto que haya que mejorar, legislar o castigar, cuando el Comité ha podido comprobar que las autoridades judiciales españolas no realizaron un análisis profundo de las pruebas presentadas por la denunciante y el Estado no cumplió con sus obligaciones en cuanto a adoptar las normas necesarias y protocolos que impidan la discriminación de la mujer⁹⁴.

⁹² FERNÁNDEZ GUILLÉN, F., *ibíd.*.

⁹³ CEDAW, *ibíd.* Pág. 10.

⁹⁴ CEDAW, *ibíd.*, págs. 16 y 17. Se manifiesta textualmente «*que las autoridades judiciales nacionales no realizaron un análisis exhaustivo de los elementos probatorios presentados por la autora*» y que la Convención obliga a los Estados parte a asegura la realización práctica del principio de igualdad del hombre y la mujer y por tanto «*tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas a fin de modificar o abolir no solamente leyes y reglamentaciones, sino también costumbres y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer*».

La realidad de las mujeres que dan a luz en los hospitales públicos y privados es bien distinta, pero desde un despacho de la Abogacía del Estado con el mandato de defender a su «cliente», se realizan manifestaciones en contra de a lo que se ha comprometido este, el Estado Español, que es a respetar y cumplir las decisiones del Comité. Por tanto, no se protege por parte del Estado español, garante de la protección de las mujeres frente a todo tipo de discriminación, a estas y se incumple lo acordado en la CEDAW. Cuando se firma voluntariamente un convenio internacional se deben cumplir sus postulados, lo demás son excusas⁹⁵.

En los cuatro casos relatados se produce una vulneración de los derechos en cuanto a salud sexual y reproductiva.

Centrándonos en los artículos de la Convención más relevantes, en el 2, se obliga a los Estados a respetar proteger y cumplir el derecho de la mujer a la no discriminación en todas sus formas a través de los modos apropiados y sin demora; el artículo 3 por su parte, habla sobre que todas las intervenciones clínicas han de ser consentidas por la parturienta como sujeto activo del parto y la discriminación por razón de género que se produce de no ser así. En cuanto al artículo 5, trata sobre la eliminación de estereotipos y educación en la corresponsabilidad. El hecho de, por ejemplo, prohibir la entrada del padre en el paritorio perpetúa los roles de género⁹⁶ de la mujer como cuidadora única, restándole el necesario protagonismo que ha de tener el padre o el otro progenitor en el inicio de la vida de su hijo para que eso continúe el resto del tiempo.

⁹⁵ El Estado Español ratificó el 16/12/1983 la Convención sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer (BOE 21;/03/1984); también firmó y ratificó el 14/03/2000 el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer adoptado por la Asamblea General en su resolución A/54/4 de 6 de octubre de 1999, cuyo artículo 1 indica que: «*Todo Estado Parte en el presente Protocolo («Estado Parte») reconoce la competencia del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer («el Comité») para recibir y considerar las comunicaciones presentadas de conformidad con el artículo 2».*

⁹⁶ En el reciente Auto conocido popularmente como «el de la Galicia profunda» la Magistrada-Juez hacía el siguiente razonamiento respecto a la perpetuación de los roles de género para apoyar la decisión de establecer una custodia paterna «*no hay que dar por supuesto que una madre, por el hecho de ser mujer y haber parido a un hijo, esto es, por razones puramente biológicas, está capacitada o tiene cualidades o habilidades especiales para cuidar mejor a un niño, especialmente, si es de corta edad».* Así, de aceptar lo anterior «*estaríamos perpetuando el papel de la mujer en el modelo de la sociedad patriarcal, vigente durante tantos siglos, en el que su posición ha sido secundaria o subordinada respecto a la del hombre, por el mero hecho de ser mujer, esto es, en atención al sexo, lo que supone un sesgo de género»* <https://www.economistjurist.es/actualidad-juridica/jurisprudencia/que-dice-realmente-el-auto-del-popular-caso-de-la-galicia-profunda/>.

El artículo 12, trata sobre el derecho a una atención sanitaria sin discriminación en especial durante el embarazo, parto y postparto que hemos podido observar en los relatos no se llevó en ningún caso a cabo, negando sistemáticamente la información a las gestantes en las intervenciones realizadas en sus partos, contraviniendo órdenes expresas de estas (habiendo indicado en su Plan de Parto lactancia materna, administran al bebé leche de fórmula, etcétera.)

Las resoluciones judiciales que obtuvieron cada una de ellas antes de llegar al Comité transmiten a las mujeres una sensación de impunidad de quien no actuó respetando la ley lo que puede llevar a la perpetuación de estas actitudes de no modificarse.

Viendo que no se admitían pruebas concluyentes, de nada servían los testimonios y tampoco se veía necesario investigar que la tutela judicial efectiva se vería afectada, puesto que no se ve ningún atisbo de imparcialidad e integridad en la justicia para con estos casos

Se produce también al desoír a la mujer, una revictimización, puesto que aparte de lo sufrido en el paritorio ante la falta de importancia a sus necesidades y deseos, esto tiene un fiel reflejo en lo que pasa en la sala de vistas.

Las mujeres necesitan poder confiar en el sistema, que este se encuentre libre de perjuicios, asegurando la igualdad para las víctimas que acuden a la justicia buscando la reparación de su daño.

No se puede obviar tampoco que no todos los actores sanitarios actúan de la misma forma y hay profesionales que cumplen escrupulosamente con lo establecido y respetan a las mujeres en el ejercicio de sus derechos acompañándolas y asesorándolas en la toma de decisiones.

VI. JURISPRUDENCIA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS.⁹⁷

El **Tribunal Europeo de Derechos Humanos** (en adelante TEDH) en aplicación de la **Convención Europea de Derechos Humanos** (en adelante CEDH) ha aportado a la causa de la violencia obstétrica una profusa jurisprudencia de la que se recogen algunos casos en este epígrafe.

En un caso que se presentó en el TEDH contra Polonia, el Tribunal indica⁹⁸:

«El ejercicio efectivo de este derecho (de acceso a la información de salud propia o del feto) es a menudo decisivo para poder ejercer la autonomía personal, también cubierta por el artículo 8⁹⁹ de la Convención, y decidir, sobre la base de tal información, el futuro curso de los acontecimientos relevantes para la calidad de vida del individuo (p.ej. rechazando el consentimiento a un tratamiento médico o pidiendo una determinada forma de tratamiento)».

Con el razonamiento esgrimido por el alto Tribunal, este aplica el “consentimiento informado” exigiendo que se facilite información para poder consentir voluntariamente ciertos tratamientos. A mayor abundamiento, reconoce también el derecho de acceso a la información.

En un caso contra Austria, la sentencia se refiere al abuso y la humillación de las mujeres dentro del ámbito de la salud reproductiva, equiparándolos a los tratos inhumanos y degradantes violando así el artículo 3 de la CEDH¹⁰⁰.

⁹⁷ Una amplia referencia a los aspectos desglosados en este epígrafe pueden encontrarse en Asociación el parto es nuestro: *Resumen de jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre violencia obstétrica*, 2016. En este documento se recogen sentencias sobre los siguientes derechos:

- Al consentimiento informado
- A no sufrir tratos inhumanos o degradantes
- A la integridad física
- A la vida privada

⁹⁸ Se trata del caso R.R. v. Polonia, Aplicación nº 27617/04, Estrasburgo, 26 mayo 2011, en la que por vez primera el TEDH sostuvo que no se respetaron los derechos de una mujer que no tuvo el acceso a las pruebas necesarias para poder decidir si abortar o no ante la posibilidad de que el feto tuviera serias anomalías degenerativas, lo cual infringe el artículo 3 y el 8 del CEDH referente a la prohibición del trato inhumano, degradante y el derecho a la vida privada.

⁹⁹ El artículo 8 de la Convención Europea sobre Derechos Humanos (CEDH) nos indica:

1. *Todas las personas tienen derecho a que se respete su vida privada y familiar, su hogar y su correspondencia.*
2. *Ninguna autoridad pública (hospital, autoridad sanitaria) podrá interferir en el ejercicio de este derecho, excepto en los casos en que, de acuerdo con la ley y en una sociedad democrática, sea necesario para la seguridad nacional, el orden público o el bienestar económico del país, la prevención de disturbios o delitos, la protección de la salud o la moral, o para la protección de los derechos y libertades de otras personas.*

¹⁰⁰ El mencionado artículo 3 expone que:

«Nadie podrá ser sometido a torturas, a tratos inhumanos o degradantes o a castigos.»

Se pone de manifiesto la necesidad de regular la objeción de conciencia en lo que a salud reproductiva se refiere para evitar que escudándose en él se abuse.

En lo que respecta a la protección de la vida privada y la integridad física y psicológica en un caso contra Rusia, el Tribunal sostiene que, a pesar de que las intervenciones que afectan a la integridad física o a la salud mental tienen que tener cierta entidad para ser consideradas como un atentado contra el artículo 8 de la CEHH, podrían considerarse como tales interferencias menores, si estas se realizan contra la voluntad de la persona, debiendo, para poder justificarse, estar en una ley y ser necesaria la interferencia. El Tribunal en este caso señaló que: *«El concepto de vida privada se extiende a la integridad física ya que el cuerpo de una persona es el aspecto más íntimo de su vida privada y la intervención médica, incluso si es de poca importancia, constituye una interferencia con este derecho.»*

En otra sentencia, en la que la controversia a dirimir traía causa del expreso deseo de la demandante de dar a luz en su casa contra la opinión de los Colegios de Médicos de su país (República Checa), el Tribunal también estableció que la circunstancia atañía al ya citado artículo 8 puesto que no se trataba de el derecho de dar a luz en casa, sino del derecho a decidir por sí misma de la mujer, del derecho a poder decidir sobre el propio cuerpo

Por otro lado, en el ámbito internacional nos encontramos con la Recomendación General nº 24 de la CEDAW¹⁰¹.

Dentro de esta su artículo 12, en sus apartados uno y dos, nos indica que los Estados parte en dicha Convención han de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación de la mujer en la esfera de la atención médica para asegurar su acceso en igualdad a los servicios de atención médica, garantizando también, respecto al embarazo parto y postparto, servicios gratuitos cuando fuere necesario y asegurando su nutrición durante el embarazo y la lactancia.

En su artículo 20 se recoge el derecho de las mujeres a ser informadas por el personal sobre las opciones en cuanto a tratamientos o investigación, incluyendo los probables beneficios o inconvenientes de los procedimientos propuestos y las alternativas.

El artículo 22 por su parte, indica la obligación de los Estados parte de informar sobre las medidas llevadas a cabo para asegurar servicios sanitarios de calidad.

¹⁰¹ NACIONES UNIDAS, OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *La mujer y la salud*, Recomendación General nº 24, 02/02/1999.

Se considerarían aceptables aquellos en los que se garantiza a las mujeres su derecho al consentimiento informado, se respeta su dignidad, se garantiza la confidencialidad y son sensibles a sus necesidades y perspectivas.

Este mismo precepto conmina a los Estados parte a no permitir las formas de coacción como la esterilización no consentida, pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual obligatorias o test de embarazo obligatorios como condición para obtener un empleo que violan los derechos de la mujer al consentimiento informado y a la dignidad.

Siguiendo con los compromisos que el CEDAW exige en el artículo 31 a los Estados parte su deber requerir imperativamente a los servicios de salud el respeto de los derechos humanos de las mujeres, incluyendo los derechos a la autonomía, privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y elección.

En las Recomendaciones de la OMS sobre la tecnología apropiada para el nacimiento, en 1985, se establece el derecho a la información y a la elección. Además, aparece reflejado la necesidad de que la formación de los trabajadores sanitarios incluya técnicas de comunicación para promover la delicadeza a la hora de interactuar con la mujer embarazada y su familia, así como el apoyo emocional.

Indica también la necesidad de que la embarazada esté acompañada por una persona de su elección para mejorar su bienestar emocional y que se favorezca el vínculo madre hijo en el momento inmediatamente posterior al alumbramiento haciendo que el bebé (si no existen complicaciones) permanezca con la madre iniciando en ese momento también la lactancia.

Se deja patente también, en otro orden de cosas, que no se justifica en modo alguno el uso sistemático de la episiotomía aseverando que el perineo debe protegerse siempre que sea posible.

En el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comentario General 14¹⁰² desarrolla el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, siendo también de importancia en lo que a violencia obstétrica respecta puesto que pone énfasis en la obligación de los Estados de disminuir los riesgos para la salud de las mujeres y reducir las tasas de mortalidad materna.

¹⁰² NACIONES UNIDAS, CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL, COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Observación General n° 14, E/C.12/2000/4, 22° período de sesiones, tema 3 del programa, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.

Además, conmina a los Estados parte a que eliminen los obstáculos que las mujeres enfrentan para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva.

El Convenio de Oviedo, ratificado por Instrumento de 23 julio 1999, para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina) de 4 abril 1997, y cuyos artículos 3, 4 y 5 se pueden aplicar en este ámbito.¹⁰³

Todo lo anterior, junto con otros preceptos que aparecen en la Compilación de las Recomendaciones adoptadas por los Tratados de Derechos Humanos suscritos por Naciones Unidas queda en papel mojado cuando la realidad es que, al final, los Estados parte que firman esos tratados no ponen los medios en muchas ocasiones para cumplir sus compromisos.

La Legislación internacional está llena de buenos propósitos, de largas sesiones llegando a acuerdos, que en muchas ocasiones por lo obvios que son no deberían ni tener que ser objeto de un tratado. Los Estados deberían no sólo ser garantes de estos derechos si no demandantes de ellos actuando contra cualquier actor del proceso que no cumpliera con la obligación inherente a su papel en este caso en la salud de la mujer en el embarazo, parto y puerperio.

¹⁰³ Artículo 3. *Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad. Las Partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada*

Artículo 4. *Obligaciones profesionales y normas de conducta. Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la investigación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso.*

Artículo 5. *Regla general. Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.*

VII. PRINCIPALES REGULACIONES INTERNACIONALES RESPECTO A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. LOS EJEMPLOS DE ARGENTINA, MÉXICO Y VENEZUELA¹⁰⁴

Los Estados se encuentran obligados a garantizar a las mujeres una vida libre de discriminación, siendo la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 (CEDAW) la que solicita a los Estados parte que establezcan las medidas necesarias para evitar esta. En su artículo 12 impone la obligación de garantizar los servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y el puerperio, estableciendo también la obligación de eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera médica asegurando el acceso a la atención sanitaria en condiciones de igualdad. Dicha convención cuenta con la firma de 191 países.

Las recomendaciones de la OMS también entrarían dentro de lo reseñable a nivel internacional por ejemplo con su recomendación “Cuidados para el parto normal: una guía práctica.”¹⁰⁵

La “Convención de Belém do Pará” del año 1994, trajo el compromiso, por parte de los Estados pertenecientes a la Organización de los Estados Americanos (OEA) de la toma de medidas en lo que a la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer se refiere. En concreto, respecto a la violencia obstétrica, el Mecanismo de Seguimiento de la citada Convención en el año 2012, en su Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención, insta a los Estados pertenecientes a la OEA a adoptar disposiciones conducentes a penalizar la violencia obstétrica, tratando de actuar ante el parto como el proceso natural que es antes, durante y después, garantizando la participación de la mujer a través de su consentimiento en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva, respetando las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes. (*MESECVI, 2012, p. 98*)¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Vid. DÍAZ GARCÍA, L.I. y FERNÁNDEZ M., Y.: *La situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile*, Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, n° 51 dic. 2018.

¹⁰⁵ Cfr. CORRAL MANZANO, G.M.: *¿Es necesario tipificar la violencia obstétrica?*, en GOBERNADORAS J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS), op. cit., págs. 95 y 96.

¹⁰⁶ Sobre este tema se puede consultar CORRAL-MANZANO, G.M.: *El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México*, Barcelona, Universidad de Barcelona, Revista de investigación Mujer, salud y sociedad, Vol.4, n°2, 2019.

Venezuela, algunos estados de México y Argentina han establecido leyes en las que se define y penaliza la violencia obstétrica, en otros como Chile se estudia su implantación y en Colombia, Costa Rica y Guatemala existen leyes integrales de violencia contra la mujer que la consideran como una violación de los derechos humanos.¹⁰⁷

En este punto desarrollaremos los ejemplos de Argentina, México y Venezuela. Hemos destacado ya en la definición de Violencia Obstétrica que la legislación argentina y venezolana son pioneras en verbalizar el concepto y en regular, y por ende comenzar, la andadura que pueda suponer su erradicación.

a) ARGENTINA.

Argentina ha reconocido el derecho de las mujeres a no ser sometidas a violencia obstétrica enmarcando este abuso bajo la rúbrica de violencia de género, siendo el país pionero en la legislación sobre la violencia obstétrica.

Cuenta con dos textos legales al respecto complementados cada uno de ellos con un reglamento.

La Ley 25.929, de 2004 (Ley de Parto Humanizado) regula una serie de Derechos que tienen las mujeres en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y post parto.

La ley se complementa con un reglamento que prescribe las acciones que deberán realizar los sanitarios tendentes a dar cumplimiento a lo establecido en la misma.

Esta ley en su artículo 2 describe los derechos que las mujeres tienen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, estableciendo que la mujer tiene derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones de las que pueda ser objeto pudiendo optar libremente a diferentes alternativas. Por otra parte, se hace referencia al derecho de las mujeres a ser tratadas con respeto, con un trato individualizado y personalizado, garantizando la intimidad en todo el proceso asistencial y teniendo en cuenta las pautas culturales. La ley apunta también que la mujer tiene derecho a una participación como protagonista de su propio parto, siendo este un parto respetado en el sentido de respeto a los tiempos biológicos y psicológicos, recomendando que se eviten prácticas invasivas y no suministrando medicación que no sea necesaria para el bienestar de la parturienta o el bebé. Insiste, por otro lado, en que la mujer no debe ser sometida a ningún examen o intervención con propósitos investigadores a no ser que sea consentido. Por último, hace referencia al derecho a estar acompañada por una persona de confianza, exceptuando los casos en que se requieran cuidados especiales.

¹⁰⁷ En este sentido GOBERNADORAS J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS), *ibíd.*, pág. 13.

La ley 26.485, de 2009 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales define las modalidades de violencia de género, entre las que aparece el concepto de violencia obstétrica, explicando que es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer.

Al igual que la anterior dispone de un reglamento para su complementación que define el concepto trato deshumanizado¹⁰⁸ que tanto se emplea al referirnos a violencia obstétrica.

Lo que respecta a sanciones, el artículo 6º de la Ley sobre parto humanizado establece sanciones administrativas en el que la gravedad es un elemento discrecional a ponderar por la autoridad, la Dirección de Obras Sociales del Ministerio de Salud.

La Ley contra la violencia de género por su parte no contempla sanciones respecto a la violencia obstétrica.

En el año 2009 comenzaron las Maternidades Seguras y centradas en la familia que lo que persigue es la implicación de los padres (varones) y la familia en el embarazo, parto y puerperio, promoviendo a la par los derechos de la mujer que se encuentra en esa tesitura.

Argentina, en su legislación reciente, entiende la violencia de género más ampliamente que España, puesto que incluye aspectos como violencia doméstica, violencia institucional, violencia laboral, violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica y violencia mediática, todas ellas dirigidas exclusivamente contra mujeres.

Mientras, en España, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de protección Integral contra la Violencia de género, entiende esta como violencia física y psicológica de los hombres sobre las mujeres por parte de quienes sean o haya sido sus parejas, lo que supone una minimización de las posibilidades si se compara con el amplio abanico de violencias consideradas violencia de género contemplado en la ley argentina.¹⁰⁹

¹⁰⁸ Artículo 6 e) nos indica que:

«El trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no»

¹⁰⁹ Vid. BIURRÚN-GARRIDO, A. *Origen y definición de la Violencia Obstétrica*, en GOBERNADORAS J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS), Págs. 137-138.

b) VENEZUELA.

Unos años después de la regulación llevada a cabo en Argentina, es Venezuela la que define en su legislación el concepto de violencia obstétrica tipificándola como delito

Publicada en la Gaceta Oficial de Venezuela la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de Violencia el 19 de marzo de 2007 reconoce diecinueve formas de violencia contra la mujer, siendo la más novedosa la obstétrica, resultando ser el primer instrumento legal en América latina que cataloga algunas conductas obstétricas como violencia de género.¹¹⁰ Dicha ley, trata el concepto de violencia obstétrica, las conductas constitutivas de la misma y cómo se sanciona su comisión.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (1994) realizada en el Cairo y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) condujeron a Venezuela al reconocimiento de que la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres es un asunto de justicia social, y que el logro de la salud tiene como vía la mejora de la aplicación de los derechos humanos que contienen las Constituciones nacionales existentes en el país y en los tratados regionales e internacionales de los derechos humanos adoptados por ella.

El concepto de violencia obstétrica recogido en el artículo 15 de la Ley venezolana, precede a las conductas que son constitutivas de la misma recogidas en el Capítulo VI, en el artículo 51, entre las que se encuentra: no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar innecesariamente a parir en posición supina y con las piernas levantadas, impedir sin causa el apego, alterar injustificadamente el proceso natural del parto mediante técnicas de aceleración y practicar cesáreas innecesarias. Además, y aunque no se le considera propiamente violencia obstétrica, se agrega la esterilización forzada.

En lo que respecta a las sanciones para la esterilización forzada se fija una pena privativa de libertad mientras que para las demás formas de violencia obstétrica el castigo consiste en una pena de multa (pecuniaria)

c) MÉXICO.

La Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer de 1994, trajo consigo el intento por parte de México de adecuar su legislación para cumplir los compromisos adquiridos en dicha Convención.

¹¹⁰ Consultar: CAMACARO, M.; RAMÍREZ, M.; LANZA, L.; HERRERA, M. *Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica Utopía y Praxis Latinoamericana*, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela vol. 20, núm. 68, enero-marzo, 2015, págs. 113-120.

Existen dos regulaciones, una de carácter federal y otra a nivel estatal.

- FEDERAL; Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia (2007) en su artículo 1º establece como objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. No hay referencia específica a la violencia obstétrica, pero sus artículos 6º y 18º definen formas de agresión como violencia psicológica, física, la que proviene de agentes del Estado y que se denomina violencia institucional como elementos que se pueden aplicar por analogía a la violencia obstétrica.
- ESTATAL; los Estados de Chiapas, Veracruz, Chihuahua, Colima, San Luis Potosí, Durango, Guanajuato, Quintana Roo, Tamaulipas e Hidalgo han definido la violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia.

Han establecido el delito de violencia obstétrica: Chiapas (tipifica el delito a partir de su definición y de un listado de conductas), Veracruz (comete el delito de violencia obstétrica quien incurre en alguna de las conductas que señala. Este Estado, a partir del año 2010, incluyó en su Código Penal la Violencia Obstétrica como delito) y Guerrero (lo tipifica a partir de la definición de violencia obstétrica).

Todos tienen como consecuencia de la comisión penas privativas de libertas y multas añadiéndose en Chiapas la suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual, con independencia de las lesiones causadas.

Determinados autores¹¹¹ establecen que los mecanismos que han sido adoptados por el gobierno mexicano son puramente normativos dada la inexistencia de los juicios penales por el delito de violencia obstétrica en el Estado de Veracruz, que como hemos dicho anteriormente incluye en su código penal la violencia obstétrica como delito desde el año 2010, ya que además las recomendaciones de los organismos de derechos humanos de México sobre violencia obstétrica no sugieren el derecho penal para sancionar a las personas que la hayan infligido y solo se considera violencia obstétrica si fallece el feto o este padece secuelas, relegando el daño que pueda sufrir la mujer a un plano de invisibilidad.

¹¹¹ Ver sobre este particular CORRAL-MANZANO, G.M.: *El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México*, Revista Musas, Barcelona (Universidad de Barcelona), vol. 4, nº 2, 2019, págs. 100 s 118. Trabajo presentado dentro del III Congreso Internacional «Género, ética y cuidado», celebrado del 16 al 18 de mayo de 2019 en Barcelona y forma parte del proyecto «Diversidad de género, masculinidad y cultura en España, Argentina y México» (FEM2015-69863-P MINECO-FEDER) del Ministerio de Economía y Competitividad de España.

La experiencia mexicana se debe tratar como una enseñanza para el resto de los países para no incurrir en los mismos errores y el poco interés en la aplicación de los protocolos que ellos mismos han diseñado para prevenirla¹¹².

¹¹² Vid. CORRAL MANZANO, G.M.: op. cit. págs. 100 y 115.

VIII. CONCLUSIONES:

PRIMERA. – La violencia obstétrica existe. Innumerables artículos científicos y opiniones de especialistas, tanto en el ámbito jurídico como médico, como de las propias mujeres, aportan pruebas irrefutables de la existencia de este problema. Su dimensión es tal que los organismos internacionales más importantes lo han tomado en consideración y de esta forma la ONU, el Parlamento Europeo y la OMS han llegado a consensos vía tratados, a publicar recomendaciones, protocolos etc., incluyendo la violencia obstétrica como una forma más de atentar contra las mujeres que conculca sus más elementales derechos como persona.

SEGUNDA. - Es una violencia invisible, una violencia que pasa desapercibida porque se supone que todo se hace por el bien de la mujer y su hijo, pero sin contar con la opinión de la principal interesada. La violencia obstétrica no es una negligencia médica más. Las negligencias médicas son algo excepcional. La violencia obstétrica es un trato habitual en todos los hospitales del mundo a diario, incluidos los españoles. Que las prácticas y formas médicas de actuación que constituyen este concepto sean habituales y hasta consideradas normales por una parte de los profesionales implicados, no las convierten en pautas a seguir. Más bien todo lo contrario y como indica el CEDAW en el estudiado Dictamen nº 138/2018, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer obliga a los estados parte a adoptar las medidas apropiadas a fin de modificar o abolir no solamente leyes y reglamentaciones, sino también costumbres y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer.

TERCERA. - Es patente que a las mujeres no se les permite decidir sobre sobre las intervenciones susceptibles de ser realizadas durante el parto a pesar de tener derecho a ello. La mujer no deja en ningún momento del embarazo, parto o puerperio de ser sujeto de derechos, sus decisiones, criterios y opiniones han de ser considerados siempre.

- CUARTA. - En España, la percepción entre las mujeres de que son sometidas a prácticas que pueden ser constitutivas de violencia obstétrica es muy alta, pues, alcanza, como hemos visto, el 38,50%. Poniendo en relación los datos del año 2020 de nacimientos (341.315) más los de abortos (88.269) tendríamos solo para esa anualidad un total de 165.389 casos. En nuestro país existe legislación que protege a los pacientes y defiende su autonomía y documentación y protocolos de atención a la mujer en el parto, pero no hay una ley que proteja a la mujer contra la violencia obstétrica y la legislación general no es suficiente.
- QUINTA. – Las mujeres se consuelan con eso tan popular de «cuando ves a tu hijo se te pasa todo» y deseándose la tan famosa «hora corta» que nunca es tal. Debe erradicarse la normalización, que las mujeres no denuncien, no manifiesten sus «heridas» después del parto porque «es lo que hay», porque «aguantáis poco». Debe ser más sencillo denunciar la violencia obstétrica, para que las mujeres no prefieran olvidar lo sucedido y pongan de manifiesto sus experiencias siendo escuchadas y resarcidas por las malas prácticas de quien ha de acompañarlas.
- SEXTA. - Es necesario facilitar la denuncia de las prácticas no sólo a las usuarias sino a otros actores sanitarios presentes pero ajenos a estas. Los profesionales sanitarios deben tomar conciencia de la situación aplicando los protocolos de consenso. Nos encontramos ante una rama profesional altamente corporativista lo que puede dar lugar a que exista una resistencia a testificar contra sus compañeros. En las denuncias relatadas a lo largo del presente TFM hemos podido leer que en los mismos actos constitutivos de violencia obstétrica se encontraban presentes otros profesionales que solicitaban para la víctima más humano y que serían testigos cruciales en la denuncia y condena en este tipo de prácticas.
- SÉPTIMA. – En la superación de estas violencias constituye una pieza clave la concienciación de los profesionales sanitarios intervinientes, dejando a un lado la tendencia hacia la excesiva medicalización, el descuido -cuando no negligencia-, el desapego, el paternalismo y la falta de empatía. Esto pasa, necesariamente, por una mejor formación y capacitación, así como por la mejora de las condiciones de trabajo del propio personal sanitario que, en muchas ocasiones debido al nivel de saturación, por falta de medios

humanos y técnicos y por el propio cansancio físico y mental, no pueden atender sus obligaciones como seguro sería su deseo.

OCTAVA. - Desde la noche de los tiempos, embarazos y partos han sido responsabilidad de las mujeres, hasta, directa y exclusivamente, de la propia embarazada y parturienta. No tienen que demostrar su valía, llevan siglos haciéndolo, por lo tanto, no se las puede relegar al mero papel de contenedor o de expendedora. Estos siglos de experiencia las avalan, se han ganado el derecho a tener la última palabra.

NOVENA. - Aunque hasta el momento se ha centrado el foco únicamente en la mujer embarazada, no se puede olvidar que la otra parte, su pareja y los hijos sufren también las consecuencias de la violencia obstétrica. Tenemos pues que tener en consideración que es una violencia de amplio alcance.

POSFACIO. CONSIDERACIONES FINALES

En la decisión de realizar mi trabajo fin de Máster influyó de una manera determinante el saber hasta qué punto el embarazo y el parto nos une a las que, además de mujeres, hemos sido madres.

Mientras barajaba la opción de que este fuese el tema, después de haber conocido que lo que yo había sentido en mis tres embarazos, uno de ellos no llegó a término, y dos partos, en algunas ocasiones, tenía un nombre, violencia obstétrica, comencé a verbalizarlo con las mujeres de mi entorno.

Al decirles que mi trabajo iba a versar sobre violencia obstétrica, la mayor parte me preguntaban qué era eso, yo tampoco hasta la fecha lo sabía, simplemente a aquellas que habían estado embarazadas, parido o sufrido un aborto y les realizaba UNA pregunta entendieron en un segundo qué era y en otro segundo vi como su cara, su voz y su mirada cambiaban.

Solo tuve que preguntar ¿Todo bien en tu embarazo o parto? La respuesta, después del cambio de semblante fue siempre NO. A la siguiente pregunta ¿Entiendes ahora lo que significa violencia obstétrica? En todos los casos la respuesta fue SI.

No solo lo entendieron, fueron conscientes cómo yo de que lo habían sufrido y eso a veces te coloca en una posición emocional difícil y la reacción en todos los casos fue contarme lo que las había ocurrido. Nada de lo que escuché distaba mucho de los casos que se han reflejado en el trabajo.

No sé si es fácil llegar a entender, si no se ha sufrido, que madres de niños que nunca llegaron a nacer recuerden cada año el mes en que su hijo cumpliría años y cuantos años tendría. Revivir que en el parto alguien te clave una aguja para colocarte una vía en medio de una contracción, o que te recuerde que ya no tienes edad para parir, por no hablar del “mujer legrada a los tres meses embarazada” Para ti, ginecólogo, que dijiste la frase sin inmutarte, no era nada, para mí era mi hijo, mi bebé, parte de mí, que se quedó en una mesa de quirófano, después de dos meses de tratamiento tratando de expulsarlo con dolores y hemorragias terribles y sintiendo que lo tenía tan aferrado a mí en todos los sentidos que a pesar de que ya no estuviera, estaría siempre conmigo

En España, país en el que todos los factores sociales, sobre todo la clase política, manosea a su antojo la llamada violencia de género, sin ningún atisbo de duda, con más intereses que interés, parece mentira que la genuina violencia contra las mujeres, la violencia obstétrica, puesto que nadie más que nosotras podemos sufrirla al ser quienes pasamos por el trance de traer al mundo a nuestros hijos, al menos no hasta día de hoy, sufriendo las consecuencias de tal hecho, ésta no esté suficientemente prevenida, investigada y castigada.

Con respecto a la parte «dar vida» no es menos llamativo que cualquiera se echase las manos a la cabeza si se ejerciera violencia, intimidación, vejaciones o maltrato en unidades como las de cuidados paliativos ante un paciente terminal y sin embargo se normalice tratar del modo que ha quedado acreditado en este trabajo Fin de Máster a las mujeres que van a traer al mundo a sus hijos, en definitiva a «dar vida», y por añadidura y de manera colateral a sus parajes y a sus hijos e hijas en el momento de llegar a esta.

Por todo lo anteriormente expuesto, este trabajo de investigación está dedicado a mi hija Berta, para que si en algún momento decide ser madre y lee mi trabajo le resulte un relato del pasado que nada tenga que ver con la realidad de su tiempo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Agencia de Calidad del Sistema de Salud, Observatorio de Salud de las Mujeres: *Plan de parto y nacimiento*, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012.
- ALBA ROMERO, C. de: *Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término*, Revista pediátrica Vacunas y otras medidas preventivas, vol. 11, nº 1, 2013.
- ARRASTIA, L.: Perfil de Instagram Visto para Sentencia, *Negligencias médicas en el parto*, 4 abril 2021, fecha de consulta 1 de agosto de 2021.
- ARENCIBIA JORGE, R.: *Operación Cesárea: Recuento Histórico*, Rev. Salud pública, 4 (2), 2002.
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, *Violencia Obstétrica y ginecológica*, Resolución 2306, 2019.
- BERBELL, C.: *Si la profesión de abogado nació en Roma, ¿cómo se ejercía la defensa en Egipto y Grecia?* Artículo del Confilegal 10-08-2021
- BLUNDELL, J.: *Principles and Practice of Obstetricy*, Londres (E. Cox), 1834.
- BOURGEOIS, L.: *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés. Suivi de Instructions à ma fille*, 1653.
- CAMACARO, M.; RAMÍREZ, M.; LANZA, L.; HERRERA, M.: *Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica* Utopía y Praxis Latinoamericana, vol. 20, núm. 68, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela, enero-marzo, 2015.
- CAÑELLES LÓPEZ, M.; JIMÉNEZ SARMIENTO, M.M. y CAMPILLO, N. E.: *Covid 19 en las mujeres una de cal y otra de arena*, The Conversation, Madrid, 30/03/2021 (<https://theconversation.com/covid-19-en-las-mujeres-una-de-cal-y-otra-de-arena-157364>).
- CAZORLA GONZÁLEZ-SERRANO: *La protección jurídica del nasciturus en el ordenamiento jurídico español*, Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia, nº 15, 2017.
- CHALMERS, B.; MANGIATERRA, V. y PORTER, R.: *WHO principles of perinatal care: the essential*, Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS, No 14, Feb. 2002.
- CORRAL-MANZANO, G.M: *El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México*, Revista Musas, Barcelona (Universidad de Barcelona), vol. 4, nº 2, 2019, Trabajo presentado dentro del III Congreso Internacional «Género, ética y cuidado», celebrado del 16 al 18 de mayo de 2019 en Barcelona y forma parte del proyecto «Diversidad de género, masculinidad y cultura en España, Argentina y México» (FEM2015-69863-P MINECO-FEDER) del Ministerio de Economía y Competitividad de España.

- CRUZ, S, y AA.VV: *El discurso de la violencia obstétrica en Chile*. Taller de Metodologías Cualitativas Innovadoras en Investigación Psicosocial. Santiago de Chile: Escuela de Psicología U. de Chile, 2015.
- COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (CNDH), México, Recomendación n° 06/2017: *Sobre sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud y a la información en materia de salud, así como violencia obstétrica en agravio de v1, en el hospital general de zona 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Gómez Palacio, Durango, del 28 de febrero de 2017*.
- COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW), Decisión C/75/D/138/2018, Naciones Unidas, 2020.
- DEFENSOR DEL PUEBLO: Informe anual 2006 y debate en las Cortes Generales, 2006.
- DÍAZ GARCÍA, L.I. y FERNÁNDEZ M., Y.: *La situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile*, Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso n° 51, Valparaíso dic. 2018.
- FAET, M.: II Foro Mujeres, Salud y Género, Revista Matronas Profesión, Vol. 6, n° 4.
 - o *III Foro Mujeres, Salud y Género*, Revista Matronas Profesión, Madrid (Ed. Mayo), Vol. 7, n° 4, 2006.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (FAME): Guía para madres y padres, Iniciativa al Parto Normal, Pamplona, 2011.
- FERNÁNDEZ GUILLÉN, F.: *¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos* Revista DILEMATA, año 7, n° 18, 2005.
 - o *El Estado español es responsable y la Decisión del Comité vinculante. El Estado español es responsable de abordar la violencia obstétrica. La Decisión del Comité para la eliminación de la violencia sobre la mujer de Naciones Unidas es vinculante.* 14 de mayo de 2020 www.franciscafernandezguillen.com.
 - o *La diferencia entre negligencia médica y violencia obstétrica*, 12/08/2020, <https://www.franciscafernandezguillen.com/post/negligencia-medica-violencia-obstetrica>, consulta realizada el 15/11/2021
 - o *Algunos aspectos jurídicos de la atención al parto*, entrada de blog, abril 2009.
 - o *¿Existe algo que pueda llamarse «Violencia obstétrica»?*, GOBERNATRICAS J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS), El concepto de «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento, Madrid (Editorial Tecnos), 2018.
- GARCÍA MAY, P.K., y AA.VV: *Contacto piel a piel al nacimiento*, revista Perinatología y Reproducción Humana, Vol. 31, n° 4.
- GOBERNATRICAS J. y BOLADERAS, M. (COORDINADORAS): *El concepto de “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid (Editorial Tecnos), 2018.
- GONZALEZ, Y.: *El Supremo tumba el recurso de la mujer que denunció al HUCA por obligarla a parir en el hospital*, artículo publicado en la edición digital de EL COMERCIO 4 de febrero de 2021 (Fecha de consulta el 21 de diciembre de 2021).
- GUTHMANN, G.: *Los saberes de la violencia y la violencia de los saberes*, Montevideo (Nordan Comunidad), 1991.

- LÓPEZ RODRÍGUEZ, A. F.: *Historia del parto en la especie humana: De la soledad a las parteras, comadronas, ginecólogas/as y al equipo obstétrico*, en PARDO PRIETO, P.C. (coord.): *Amores y violencias: género, diversidad sexual y derecho*, León, (Eolas), 2021.
- HEALY, B.: *The Yentl syndrome*, *New England Journal of Medicine*, 325 (4), 1991 (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199107253250408>, consulta realizada 28/01/2022).
- MARGARITA GARCÍA, E.: *Partos arrebatados. La violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina*, Madrid (Ed. Ménades), 2021.
 - o *La violencia obstétrica como violencia de género*, Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 2018.
- MARTÍN-CASTAÑEDA, L.B.: *La violencia obstétrica desde la perspectiva de las matronas de atención primaria y hospitalaria en Barcelona. Un análisis desde la antropología*, *Matronas Profesión*, Madrid (Ed. Mayo), vol. 21/22, nº 3-4/1.
- MENA-TUDELA, D. y AA.VV: *Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's perception and Interterritorial Differences*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 17, nº19, 22 de Octubre de 2020.
 - o *Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 18, nº 1, 29 de Diciembre de 2020.
 - o *Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 18, nº 7, 24 de Marzo de 2021.
- MOORE, E.R.; ANDERSON, G.C. y BERGMAN, N: *Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos*, *Biblioteca Cochrane*, 25/11/2016, https://www.cochrane.org/es/CD003519/PREG_contacto-piel-piel-temprano-para-las-madres-y-sus-recien-nacidos-sanos, fecha de consulta 03/01/2022.
- MORLA GÓNZALEZ, M.: *La violencia obstétrica en España ante el Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas*, conferencia, II Ciclo de Jornadas Abiertas sobre Género Diversidad Sexual y Derecho, 3ª Jornada: violencia obstétrica, Mesa Tercera: Aproximación jurídica al derecho a la salud reproductiva y al concepto de violencia obstétrica, Facultad de Derecho, Universidad de León, 08/04/2019.
- MURIALDO, V. intervención en la mesa «Propuestas para erradicar la violencia obstétrica del sistema sanitario» organizado por el Instituto de las Mujeres, dependiente del Ministerio de Igualdad en el marco del conservatorio online +Salud sexual y reproductiva, hacia la modificación de la Ley Orgánica 2/2010, Madrid, 8 y 9 de julio de 2021.
- NACIONES UNIDAS (UN): *Informe de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz*, Nueva York, reunión nº 35, A/CONF.94/35, Decisión-Resolución 5, La mujer maltratada y la violencia en la familia, julio de 1980.
 - o OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS, *La mujer y la salud*, Recomendación General nº 24, 02/02/1999.

- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL, COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Observación General nº 14, E/C.12/2000/4, 22º período de sesiones, tema 3 del programa, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.
- NOVA, I.P.: *Montero perseguirá a los médicos por «violencia obstétrica machista» si prospera su ley del aborto*. www.elespanol.com 26 de septiembre de 2020.
- OLZA FERNÁNDEZ, I.: *Estrés post traumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica*. Cuadernos de medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace, nº 111, 2014.
 - *Los traumas de los partos*, Curso, Madrid, 25/01/2014.
- OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, dentro del programa «Human Reproduction Programme» (HRP), 2014.
 - *Recomendaciones de la OMS para la Conducción del trabajo en el parto*, 2015.
 - OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*, 2019.
- ORTÍZ, T. y SÁNCHEZ, D.: *La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII*, BALLARÍN, P. y MARTÍNEZ, C. (eds.): *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*, Granada, Universidad de Granada, 1995.
- PRIETO MARCOS, A.: *La violencia obstétrica desde la perspectiva legal. Recomendaciones para la mejora de la atención a la mujer*. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Salamanca. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Grado en Enfermería. Tutorizado por D^a M^a Pilar González Bárez. Salamanca, mayo 2020.
- QUIROZ, L.: *De la comadrona a la obstetiz. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX*, Granada (Facultad de Medicina, Dpto. de Historia de la Ciencia), *Dynamis Acta Hispanica ad Medicinam*, vol. 32, nº 2, 2012, págs. 415-437.
- RENUNCIO ROBA, A.: *Salud, medicina, ciencia y perspectiva de género*. Documentación del curso impartido el 28 de Enero de 2021 en la Universidad de León.
- REQUENA AGUILAR, A.: *Matronas y expertas responden a los colegios de médicos: La violencia obstétrica sí existe*. Artículo de eldiario.es 22 de julio de 2021. Consulta realizada el 4 de agosto de 2021.
- RHODION (o RÖSSLIN), E.: *Der Schwängern Frauen und Hebammen Rosengarten*, El jardín de las rosas para mujeres embarazadas y comadronas), 1513.
- SEDANO, L.M.; SEDANO, M.C. y SEDANO, M.R.: *Reseña histórica e hitos de la obstetricia*, *Revista Médica Clínica Las Condes*, Vol. 25 núm. 6, noviembre 2014, Págs. 866-873.
- SHARP, J.: *El libro de las parteras sobre el arte de la obstetricia*, 1671.
- SOLER, S. *Una mirada a la violencia obstétrica en España: «Estamos atendiendo el parto como si fuera una patología»*, Artículo de RTVE.es Noticias. 18 de julio de 2021.

- SOUSA, E. de: Conferencia *Derecho en el parto, maternidad y conciliación*, VI Foro Mi matrona, Málaga 07/04/2019.
 - o *La mujer y sus derechos en el parto*, I y II, Criminalfact, 18 y 19 de noviembre de 2019.
- VAQUERO, C.; DEL RIO, L. y SAN NORBERTO, E.: *Ambrosio Paré. Aportaciones a la cirugía*, Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas, Valladolid (Universidad de Valladolid), Vol. 21, nº 2, 2018.
- VARIOS AUTORES (PARDO PRIETO, P.C. (Coor.): *Amores y violencias. Género, Sexualidad y Derecho*. Defensoría de la Comunidad Universitaria de la Universidad de León. Editorial Eolas. Congresos y Homenajes.
- VILLARMEA, S.; OLZA, I. y RECIO, A.: El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico español. DILEMATA año 7, nº 18, 2015.