



# **APROXIMACIÓN LEGAL A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

---

## **MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO**

**Curso 2021 - 2022**

---

**Alumna:** Carla Marrero González

**Tutoras:** Janet Delgado Rodríguez

Carmen Delia Medina Castellano

## ÍNDICE:

1. RESUMEN. PALABRAS CLAVE .....	1
2. ABSTRACT. KEY WORDS .....	2
3. INTRODUCCIÓN .....	3
4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA APLICADA .....	4
5. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. DERECHO COMPARADO .....	5
5.1. <i>Violencia obstétrica. Origen del concepto. Derechos humanos</i> .....	5
5.1.1. <i>Derechos humanos. Aproximación general</i> .....	5
5.1.2. <i>Reconocimiento específico de derechos humanos de la mujer</i> .....	6
5.2. <i>Primeras legislaciones específicas. Experiencias venezolana, argentina y mexicana</i> .....	8
5.2.1. <i>Venezuela</i> .....	8
5.2.2. <i>Argentina</i> .....	9
5.2.3. <i>México</i> .....	10
5.3. <i>Abordaje internacional actual</i> .....	13
5.3.1. <i>Casuística internacional. Abordaje inicial</i> .....	13
5.3.2. <i>Organización Mundial de la Salud</i> .....	14
5.3.3. <i>Organización de las Naciones Unidas</i> .....	16
5.3.4. <i>Otros organismos internacionales: CIDH, Consejo de Europa y UE. Apunte sobre movimientos sociales</i> .....	18
5.3.5. <i>Conclusión. Operatividad de los derechos humanos, fin último y devenir</i> .....	21
6. VIOLENCIA OBSTÉTRICA. NOCIONES GENERALES	
6.1. Concepto de violencia obstétrica. Posiciones doctrinales encontradas .....	23
6.1.1. <i>Cuestionamiento de la existencia del fenómeno</i> .....	23
6.1.2. <i>Definición de violencia obstétrica</i> .....	25
6.1.3. <i>Discusiones terminológicas</i> .....	27

6.2.	Causas de la violencia obstétrica. Violencia obstétrica como violencia de género .....	30
	6.2.1. <i>Causas de la violencia obstétrica</i> .....	30
	6.2.2. <i>Violencia obstétrica como violencia de género. Dimensión social</i> .....	32
6.3.	Revisión conceptual. Violencia obstétrica en la interrupción del embarazo ..	35
	6.3.1. <i>Antecedentes. Violencia obstétrica e interrupción del embarazo</i> .....	35
	6.3.2. <i>Abordaje internacional de la interrupción del embarazo</i> .....	38
	6.3.3. <i>Abordaje nacional de la interrupción del embarazo</i> .....	40
	6.3.4. <i>Incipiente estudio doctrinal de la violencia obstétrica con ocasión de la interrupción del embarazo</i> .....	41
	6.3.5. <i>Conclusión. Necesidad de complemento de la noción de violencia obstétrica. Mención y abordaje expresos a supuestos de interrupción del embarazo</i> .....	44
<b>7.</b>	<b>ABORDAJE JURÍDICO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA</b> .....	<b>46</b>
7.1.	Evolución histórica de la violencia obstétrica en España .....	46
	7.1.1. <i>Atención al embarazo y parto. Orígenes del tratamiento</i> .....	46
	7.1.2. <i>Insuficiencia de la asistencia sanitaria española. CEDAW/C/75/D/138/2018</i> .....	49
7.2.	Abordaje jurídico de la violencia obstétrica. Enfoque vigente .....	51
	7.2.1. <i>Coexistencia de sectores jurídicos competentes</i> .....	51
	7.2.2. <i>Construcción jurisprudencial de la atención al embarazo y el parto</i> ..	53
7.3.	Nuevo planteamiento sobre la regulación de la violencia obstétrica. Derecho Penal .....	55
	7.3.1. <i>Tipificación de la violencia obstétrica en el ámbito internacional. Inidoneidad</i> .....	55
	7.3.2. <i>Tipificación de la violencia obstétrica en el ámbito nacional</i> .....	59
7.4.	Propuesta de abordaje jurídico de la violencia obstétrica. Derecho Administrativo .....	61
	7.4.1. <i>Igualdad entre mujeres y hombres. Violencia de género</i> .....	62
	7.4.2. <i>Interrupción voluntaria del embarazo</i> .....	65

7.4.3. <i>Derecho Sanitario. Plan de parto</i> .....	66
7.4.4. <i>Prevención administrativa. Formación en bioética</i> .....	69
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71

# **1. RESUMEN. PALABRAS CLAVE**

## **1. Resumen**

Con carácter relativamente reciente, ha ido adquiriendo mayor calado la necesidad de la implementación de mecanismos oportunos para la erradicación del fenómeno de la violencia obstétrica, que aunque denunciado con contundencia en la actualidad, dista de poder ser reputado neófito.

Los derechos humanos, reconocidos en instrumentos internacionales de toda índole, al aspirar a la protección de los derechos a la salud, intimidad, dignidad e integridad física y psíquica, deberían dispensar amparo suficiente a la mujer que, con ocasión de su embarazo y parto, recibe asistencia sanitaria. No obstante, como se aprecia de la realidad supranacional, es tal la incesante sucesión de normas y declaraciones que ha tenido lugar, que la eficacia de las mismas podría ser cuestionada.

La propia existencia de la violencia obstétrica no es una realidad exenta de conflicto, como tampoco así la terminología utilizada, o su consideración como manifestación de la violencia de género. Asimismo, en la actualidad no es inclusiva de una mención, lo suficientemente expresa, sobre su verificación en contextos de interrupción del embarazo.

También es variable la regulación que, en el ámbito interno, cada Estado ha emprendido para la adecuada prevención y erradicación de la violencia obstétrica. Aunque en las legislaciones originarias la vía penal fue la principalmente utilizada, el ulterior estudio de su aplicación la revelan como ineficaz.

De esta manera, resulta recomendable emprender un abordaje desde el Derecho Administrativo, que permita la implementación de políticas tendentes a garantizar la igualdad entre mujeres y hombres, que expresamente consagre el plan de parto como documento de obligatoria inclusión en la historia clínica, y que garantice una formación, al personal de atención a la salud, en materia de derechos de las mujeres y bioética.

## **2. Palabras clave**

Violencia obstétrica, legislación, interrupción del embarazo, Derecho Penal, Derecho Administrativo

## **2. ABSTRACT. KEY WORDS**

### **1. Abstract**

Relatively recently, the need for the implementation of adequate mechanisms to eradicate the phenomenon of obstetric violence has been gaining importance, which, although strongly denounced nowadays, is far from being considered a neophyte.

Human rights, recognised in international instruments of all kinds, by aspiring to the protection of the rights to health, privacy, dignity and physical and mental integrity, should provide sufficient protection to the woman who, during pregnancy and childbirth, receives health care. However, as can be perceived from the supranational reality, the incessant succession of norms and declarations that has taken place is such, that their effectiveness could be questioned.

The very existence of obstetric violence is not a reality exempt from conflict, nor is the terminology used, or its consideration as a manifestation of gender violence. Likewise, presently it is not inclusive of a mention, express enough, about its verification in contexts of interruption of pregnancy.

The regulation that, in the internal sphere, each State has undertaken for the adequate prevention and eradication of obstetric violence, is also variable. Although in the original legislation the criminal path was the main one used, further study of its application reveals it as ineffective.

In this way, it is advisable to undertake an approach from Administrative Law, which allows the implementation of policies aimed at guaranteeing equality between women and men, which expressly establishes the birth plan as a document that must be included in the clinical history, and which guarantees training for health care personnel on women's rights and bioethics.

### **2. Key words**

Obstetric violence, legislation, pregnancy interruption, Criminal Law, Administrative Law

### 3. INTRODUCCIÓN

*“A pesar de los años de progreso en el campo de la igualdad de género, las mujeres, al margen de la posición que ocupen, continúan siendo contempladas en términos de su futuro rol potencial como madres”,* reza el Consejo de Europa, en una fecha tan reciente como lo es el año 2019.

No es este un suceso aislado, el año siguiente es el CEDAW quien conocería del proceder del Estado español en lo referente a la asistencia al parto, y posterior indefensión a que queda abocada la mujer gestante que, viendo vulnerados sus derechos, acude a la vía jurisdiccional.

Las conquistas, en el ámbito de derechos humanos, han sido arduas, y en múltiples ocasiones se han hecho esperar más de lo que cabría razonable. Porque aunque la primigenia ONU ya integrara la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, los instrumentos internacionales sucesivos, de toda índole, se hacen eco de cómo, sistemáticamente y en multiplicidad de aspectos, los derechos de la mujer se vulneran, y sus libertades, se cercenan.

El ámbito ginecológico y obstétrico constituye una porción de esta miríada de escenarios en los que la mujer, por su condición, ha de emprender y continuar la inacabable remoción de obstáculos. Escollos éstos inherentes a las máximas propugnadas por los estereotipos de género, y que se antojan tan infundadas como anacrónicas.

El presente trabajo persigue, pues, analizar el íter legislativo en el ámbito de derechos de las mujeres; en concreto, en el sector de la atención a la salud con ocasión del embarazo, su interrupción y el parto. Asimismo, emprende el análisis de la suficiencia de los institutos jurídicos en vigor, así como una propuesta de aquellos sectores jurídicos que, por su particular fin último, puedan coadyuvar, con mayor grado de eficiencia, a la erradicación y prevención de la violencia obstétrica; a la postre, a la garantía de los derechos de la mujer.

Y lo redacto en mi habitación propia, con el homólogo de mis quinientas libras anuales.

#### **4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA EMPLEADA**

En primer lugar, se pretende realizar una aproximación a la regulación que, en el ámbito internacional, se ha efectuado de la violencia obstétrica, partiendo del primigenio reconocimiento de los derechos humanos, hasta llegar a las manifestaciones que, de forma reciente, se erigen como especificaciones de los primeros.

A continuación, se aborda una comparativa de las primeras legislaciones que, a nivel interno, se aprobaron para combatir la violencia obstétrica, señalando sus elementos característicos, e influencia en el posterior panorama internacional.

A raíz de lo anterior, se analiza el estudio doctrinal que, de la violencia obstétrica, ha emergido paulatinamente, profundizando en las diferentes posturas en torno a la existencia del fenómeno, su denominación, su manifestación como violencia de género, y planteando la posible insuficiencia del concepto.

Finalmente, se analizan las inconsistencias que presenta el orden jurídico penal para la correcta represión de la violencia obstétrica, abogándose por la idoneidad del Derecho Administrativo como medio para proporcionar una regulación adecuada y holística, tendente a la erradicación del fenómeno.

La metodología empleada, para la consecución de los objetivos propuestos, se ha basado en la revisión bibliográfica. Se ha emprendido el estudio de textos internacionales y nacionales que, de forma tangencial o directa, abordan la violencia obstétrica, así como doctrina emanada, tanto a propósito de las regulaciones vigentes, como de la violencia obstétrica en sí misma considerada. Finalmente, se ha procedido a la selección y estudio de jurisprudencia que, sentada por diversas instancias, internacionales y nacionales, han conocido de casos que, a la luz de la doctrina sentada, pudieran ser reconducibles a la realidad de la violencia obstétrica.



## 5. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. DERECHO COMPARADO

### 5.1. Violencia obstétrica. Origen del concepto. Derechos humanos

#### 5.1.1. Derechos humanos. Aproximación general.

Siendo, relativamente reciente, la denuncia social efectuada en torno a la violencia obstétrica, y el reclamo de la perentoriedad de su erradicación, no lo es, no obstante, su identificación como fenómeno asiduo en las labores de atención al embarazo y el parto.

Ya en 1827, Blundell alertaría de las consecuencias dimanantes de la evolución experimentada en el ámbito obstétrico, que apostaría por la utilización de un mayor número de instrumentos quirúrgicos, y de la prescripción de sustancias farmacológicas, a fin de obtener la reducción de los tiempos del alumbramiento:

*Floodings, tremendous lacerations, inversions of the uterus, like those which now stand on the table before you – such are the effects of obstetric violence – ferocious and atrocious obstetric violence; that insatiate and gory Moloch, before whose bloody shrine thousands have been sacrificed, to be succeeded in future years, by still more numerous victims.* (Blundell, 1827).

Con el advenimiento del reconocimiento de los derechos humanos, fueron múltiples los instrumentos jurídicos que, emanados de diversos órganos internacionales, tenían por objeto velar por la dignidad intrínseca y derechos inalienables de las personas, y que incidirían, entre otros, en las mujeres, su salud y la maternidad.

En la pionera Declaración Universal de Derechos Humanos, a propósito del reconocimiento del derecho a la salud, se consagra, en el apartado segundo de su artículo 25, que “*la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social*” (ONU, 1948). Tanto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966), como en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966), se consagra, en su artículo 3, el compromiso asumido por los Estados Partes, de garantizar a mujeres y hombres la igualdad en el goce de todos los derechos reconocidos en ambos tratados internacionales.

En el ámbito del Consejo de Europa, se aprueba el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950), toda vez que a través de la Carta Social Europea (1961, revisada en 1996), se reconoce el derecho de toda persona a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar (Parte I, apto. 11), el derecho de las trabajadoras a la protección de la maternidad (artículo 8) y a la protección a la salud (artículo 11).

De forma más reciente, en el marco de la Unión Europea, se publicaría, en el año 2000 (su revisión, en 2007), la Carta de Derechos Fundamentales, que dedica sus artículos 23 y 35 a la igualdad entre hombres y mujeres y protección de la salud, respectivamente.

Finalmente, la UNESCO aprueba, a su vez, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), en cuyo artículo 14.2 prescribe que los progresos de la ciencia y la tecnología deban fomentar el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.

#### ***5.1.2. Reconocimiento específico de derechos humanos de la mujer.***

No obstante la loable labor comenzada, con el transcurso del tiempo queda evidenciado que la discriminación de la mujer, sistémica y persistente a pesar de la vigencia de los instrumentos internacionales reseñados, precisaba de un abordaje específico. Se emprende, así, la aprobación de normativa que, de alcance internacional, contribuyera a materializar la igualdad de género, incidiendo entre otros, en el ámbito de la salud.

En consecuencia, en 1979 se adopta, por la Asamblea General de la ONU, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Su artículo 12 reviste particular interés, al resultar referente al derecho a la salud de la mujer. Interpretado por la recomendación general n.º 24 CEDAW, de 02/02/99, su dicción literal es la siguiente:

*1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. (ONU, 1979, p. 6).

En 1993, el citado órgano publica la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, y que reconoce, entre otros, el derecho de las mujeres al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar (ONU, 1993). En esta línea, la noción de salud reproductiva se acuña en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, como *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”* (ONU, 1994).

Un año más tarde, en Beijing, se celebra la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de la ONU, en cuya plataforma de acción se expone que los derechos humanos de la mujer son comprensivos del derecho a tener control sobre los asuntos relacionados con su sexualidad - noción integradora de su salud sexual y reproductiva-, así como a decidir libremente sobre tales cuestiones, sin verse sometida a coerción, discriminación y violencia (ONU, 1995). El documento, a la vez que propone la adopción, por los gobiernos, de medidas para proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad (que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, y el reconocimiento de la importancia de los servicios de maternidad y obstetricia de urgencia), expone que con frecuencia, las mujeres que reciben atención médica no son tratadas con respeto, no garantizándose su derecho a la intimidad, confidencialidad e información clínica completa.

En 2004, la Unión Europea aprueba la Directiva 2004/113/CE del Consejo, de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro, que entre otros asevera que no habrá discriminación directa por razones de sexo, como el trato menos favorable a las mujeres por razón de embarazo y maternidad.

En el marco del Consejo de Europa se adopta, a su vez, el Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul, el 11 de mayo de 2011, y que aborda nociones tales como los matrimonios forzosos, mutilaciones genitales femeninas, y aborto y esterilización forzosos.

## **5.2. Primeras legislaciones específicas. Experiencias venezolana, argentina y mexicana**

En el ámbito estrictamente obstétrico, merece mención obligatoria la Conferencia sobre el Uso de las Tecnologías Apropriadas para la Atención al Parto, celebrada en 1985, en Fortaleza, Brasil, e impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud. Como resultado de este encuentro multidisciplinar se adoptaría, de forma unánime, la conocida como Declaración de Fortaleza, un conjunto de catorce recomendaciones generales, y catorce específicas, que la OMS considera aplicables a los servicios perinatales de todo el mundo.

Partiendo de la premisa de que *“toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención”* (OMS, 1985), aboga por el fomento de una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto, y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del mismo.

Esta paulatina concienciación, acerca de la trascendencia de un cuidado adecuado durante la gestación y el parto, cristaliza en documentos como el Informe sobre cuidados en el parto normal: una guía práctica (1996), publicado, en Ginebra, por el Grupo Técnico de Trabajo de la OMS, y en foros tales como el Taller de Cuidados Perinatales (1998), celebrado en Venecia, con el apoyo de la Oficina Regional Europea de la OMS.

Las legislaciones latinoamericanas se harían eco de esta posición garantista hacia los derechos de la mujer embarazada. Su antecedente lo constituye la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, celebrada en 1994, en Belem do Pará, Brasil. La Convención define, a la violencia contra la mujer, como *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”*, toda vez que, de forma innovadora, su artículo 2, apartado b), prevé que la misma pueda acaecer en establecimientos de salud (OEA, 1994).

### **5.2.1. Venezuela**

Venezuela constituye el primer Estado en emprender la consagración legislativa de la violencia obstétrica, en el año 2007, a través de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en la Gaceta Oficial n.º 38668

(23/04/2007). En su artículo 15, al enumerar las diecinueve formas de violencia de género en contra de las mujeres, la define como:

*La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007, p. 7).*

Asimismo, su artículo 51 contiene una enumeración de conductas constitutivas de violencia obstétrica, a saber:

- 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.*
- 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.*
- 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.*
- 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*
- 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007, p. 20).*

La perpetración de esta forma de violencia contra la mujer conlleva, según preceptúa la mencionada norma, la imposición de multa de entre doscientas cincuenta a quinientas Unidades Tributarias, sin perjuicio de la remisión de copia certificada de la sentencia condenatoria, al colegio profesional o institución gremial correspondiente, para incoación del correspondiente procedimiento disciplinario.

### **5.2.2. Argentina**

Argentina, a su vez, aprobó, en 2004, la Ley 25929, de Parto Humanizado, a través de la cual se consagraron derechos de las mujeres -en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto-, de las personas recién nacidas, así como del padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo. Es en 2009, a través de la Ley 26485, de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en

los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, que se reconoce expresamente la noción de violencia obstétrica.

Con dicción similar a la venezolana, la define, su artículo 6º, letra e), como *“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”* (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2009).

No obstante, como previene el artículo 41 de la Ley 26485, *“en ningún caso las conductas, actos u omisiones previstas en la presente ley importarán la creación de nuevos tipos penales, ni la modificación o derogación de los vigentes”* (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2009, p. 19), estableciendo, el artículo 6º de la Ley 25929, que el *“incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder”* (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2004).

En consecuencia, la depuración de la responsabilidad, por la perpetración de estos tipos de violencia contra las mujeres, se efectúa a través de la vía administrativa, ello sin perjuicio de la posibilidad de traslado, al órgano judicial con competencia en materia penal, de la contumaz negativa al acatamiento de las medidas, ex artículo 32 de la citada Ley 26485 (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2009).

### **5.2.3. México**

México, finalmente, simultanearía la regulación de la violencia contra la mujer, a través de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el ámbito federal, y las correspondientes leyes estatales, con distintas soluciones.

De esta manera, el Código Penal para el Distrito Federal únicamente incluye, a partir del año 2011, la violencia contra los derechos reproductivos, definida en su artículo 201, apartado VI, de la siguiente manera:

*Toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y*

*segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto en los ordenamientos relativos para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia.* (EUM, 2011, p. 57).

En el ámbito estatal, las unidades federadas oscilan entre consagrar definiciones específicas de la violencia obstétrica, en sus respectivas leyes sobre acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, y efectuar la llamativa tipificación penal de la conducta.

El primer estado en incluir, en su cuerpo legislativo penal, la conducta consistente en violencia obstétrica, lo constituye Veracruz. En el año 2010 introdujo, en su artículo 369, apartado III, la definición de violencia obstétrica, siendo esta el “*acto u omisión que afecta la autonomía y la capacidad de decidir de las mujeres sobre su sexualidad y sus procesos reproductivos*” (Veracruz de Ignacio de la Llave, 2010).

El artículo 363 de la citada norma, a su vez, define el tipo delictivo y la pena a imponer ante su comisión, estableciendo:

*Comete este delito el personal de salud que:*

- I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;*
- II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;*
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;*
- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;*
- V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer; y*
- VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.*

*A quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV, se le impondrán de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario.*

*Si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos. (Veracruz de Ignacio de la Llave, 2010, pp. 78 – 79).*

El Estado de Chiapas emprende una regulación similar, en su Código Penal, en el año 2014 (P.O. núm.156-5ª. Sección de fecha 24/12/2014). Consagra, en sus artículos 183 ter y quater, una definición genérica del tipo de lo injusto, así como un *numerus clausus* de conductas que, se expone, son equiparables al mismo, y sancionables con idéntica pena.

*Artículo 183 Ter.- Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.*

*Con independencia de las lesiones causadas, al responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño.*

*Artículo 183 Quater.- Se equipará a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien:*

*I. Omita la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.*

*II. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.*

*III. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*

*IV. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural. (Chiapas, 2014, p. 64).*

Esta solución legislativa ha adquirido particular acogida entre las distintas unidades federativas mexicanas, que paulatinamente han ido introduciendo, en sus códigos penales, el tipo de lo injusto de la violencia obstétrica, con técnica tipificadora variable (*numerus clausus* de conducta, o definición general de la misma) y penas distintas. Así, entre otros, el estado de Guerrero lo llevó a efecto en el artículo 202 de su Código Penal (imponiendo de dos a ocho años de prisión a quien por razones de género, cause a otra persona de otro sexo, daño o sufrimiento obstétrico), toda vez que Quintana Roo lo efectúa en el artículo 112 bis de su homólogo normativo (2017), con dicción similar a la veracruzana.



### 5.3. Abordaje internacional actual

#### 5.3.1. Casuística internacional. Abordaje inicial.

En el ámbito internacional, la creciente casuística de la violencia obstétrica, que comienza a trascender a juzgados y tribunales supranacionales, conllevaría el paulatino abordaje específico de este fenómeno, con soluciones distintas a las latinoamericanas.

De esta manera, el 14 de marzo de 2011, devino firme la Sentencia del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos en el caso Ternosvsky v. Hungría (solicitud n.º 67545/09), en que hubo de dilucidarse si el ordenamiento jurídico húngaro, no suficientemente claro en cuanto a la admisibilidad del parto a domicilio, ocasionaba una vulneración del derecho a la intimidad. El tribunal, fallando en favor de la Sra. Ternosvsky, aduce lo siguiente:

*The notion of personal autonomy is a fundamental principle underlying the interpretation of the guarantees of Article 8 (cf. Pretty, loc. cit.). Therefore the right concerning the decision to become a parent includes the right of choosing the circumstances of becoming a parent. The Court is satisfied that the circumstances of giving birth incontestably form part of one's private life for the purposes of this provision. (TEDH, 2011, p. 9).*

De forma similar, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, conoció del caso Alyne da Silva contra Brasil en el año 2011 (CEDAW/C/49/D/17/2008), una mujer afrodescendiente que, embarazada de seis meses, falleció como consecuencia de la inadecuada asistencia sanitaria que le fuera dispensada.

Al entender vulnerados múltiples preceptos de la Convención (referentes al acceso a la salud, a la justicia, y la obligación del Estado de tener la debida diligencia para regular la actividad de proveedores de servicios privados de salud), el Comité recomienda, a Brasil, no solo que se reparen los perjuicios ocasionados, sino que se implementen medidas de carácter general, tales como asegurar el acceso asequible de todas las mujeres a una atención obstétrica de emergencia adecuada, o la imposición de sanciones oportunas a los profesionales de la salud que violan los derechos de salud reproductiva de la mujer (CEDAW, 2011).

Asimismo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en su Sentencia de 9 de octubre de 2014, dictada a propósito del caso Konovalova c. Rusia, afirma que la presencia de estudiantes de medicina durante el parto, que comporta que tengan acceso a información

sobre la salud de la mujer, cuando no es consentida por esta, constituye una violación del artículo 8 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, que consagra que todas las personas tienen derecho al respeto de su vida privada y familiar, proscribiendo injerencias por las autoridades públicas en el ejercicio de tal derecho, salvo las excepciones legalmente previstas (TEDH, 2014).

También, en el año 2012, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos publicó el documento “Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad”.

Tiene como objetivo proporcionar ayuda en la formación de políticas tendientes a la mejora de la salud, la promoción de los derechos de la mujer mediante el ofrecimiento de orientación sobre concepción, aplicación y vigilancia de las políticas y programas para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, así como el fomento de la rendición de cuentas de conformidad con las normas de derechos humanos. A la vez, propugna que *“la aplicación de prácticas de salud pública adecuadas es crucial para que los Estados hagan efectivos estos derechos básicos, pero debe complementarse con medidas más amplias encaminadas a empoderar a la mujer”* (ONU, 2012).

### **5.3.2. Organización Mundial de la Salud**

Es, no obstante, mediante el documento “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, elaborado, en el año 2014, por la Organización Mundial de la Salud, que se reconoce por vez primera, en el ámbito internacional, la sistemática vulneración de derechos humanos de las mujeres que acaece con ocasión de su embarazo y parto.

Afirma que, en todo el mundo, son múltiples las mujeres que, durante el parto, sufren un trato irrespetuoso y ofensivo, que resulta atentatorio contra sus derechos a una atención respetuosa, a la vida, salud, integridad física y no discriminación. Ante ello, reza:

*Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres,*

*descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva. (OMS, 2014, pp. 1 – 2).*

A fin de revertir la situación antedicha, la OMS recomienda implementar acciones tales como obtener mayor respaldo de gobiernos y socios en la investigación y acción sobre el maltrato y falta de respeto; inicio, respaldo y mantenimiento de programas que mejoren la calidad de la atención de la salud materna; y realce del derecho de la mujer a obtener una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y en el parto (OMS, 2014, pp. 2 – 3).

Un año después, la OMS continuará con la labor ya iniciada, publicando la Declaración sobre tasas de cesárea. En la misma se da cuenta de que, a pesar del inicial consenso de los profesionales de la salud, en 1985, acerca de la tasa idónea de cesárea - oscilante entre el 10% y el 15%-, se ha producido su constante incremento, lo cual, en circunstancias en que no existe indicación para su práctica, puede acarrear riesgos sobre la salud maternoinfantil.

En consecuencia, se propone utilizar, el sistema de clasificación esbozado por Robson, como estándar que permita evaluar y comparar las tasas de cesárea en todo el mundo, así como realizar su ulterior seguimiento (OMS, 2015).

El citado organismo publica, en el año 2018, el documento “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar”. Exalta la importancia de la atención del parto centrada en la mujer, así como la concepción del parto para mujeres y bebés a través de un enfoque holístico, basados en los derechos humanos (OMS, 2018).

Asimismo, incluso seleccionaría, como tema para el día Mundial de la Salud del Paciente 2021, la “Atención materna y neonatal segura”, reconociendo expresamente que la atención a la maternidad se ve afectada por cuestiones de equidad y violencia de género, de tal manera que las experiencias de la mujeres durante el parto pueden, bien empoderarlas, bien infligirles graves daños y traumas emocionales (OMS, 2021).

### 5.3.3. Organización de las Naciones Unidas

A raíz de la tendencia protectora sentada por la OMS, la realidad a que las mujeres hacen frente con ocasión de su gestación y parto comienza a hacerse eco en el resto de instancias y organismos internacionales, sucediéndose los instrumentos aprobados para lograr su protección.

De esta manera, el 25 de septiembre de 2015, la Asamblea General de la ONU aprueba la Resolución 70/1, “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

Entre sus objetivos se encuentran lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas, así como el garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, materializado, entre otros, a través del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (ONU, 2015).

Asimismo, en dicho año se publicó la declaración conjunta de varios expertos de la ONU en materia de derechos humanos, a propósito de la aplicación de la Agenda 2030, en la que se contiene, expresamente, lo siguiente:

*States should also address acts of obstetric and institutional violence suffered by women in health care facilities, including with respect to forced or coerced sterilization procedures, refusal to administer pain relief, disrespect and abuse of women seeking healthcare and reported cases of women being hit whilst giving birth. We are deeply disturbed by reports of women being shackled to their hospital beds whilst giving birth in prison, or when suspected of having had an abortion. (ONU, Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015).*

A mayor abundamiento, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación general n.º 35, de fecha 26 de julio de 2017, consagra expresamente, en su apartado 18, lo siguiente:

*Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de*

*violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.* (CEDAW, 2017, p. 7).

El 11 de julio de 2019 se traslada, a los miembros de la Asamblea General, el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. De indudable trascendencia en materia de violencia obstétrica por el exhaustivo análisis que integra, el mismo sería esbozado de conformidad con lo dispuesto en Resolución de la Asamblea General número 71/170 (2016), sobre intensificación de los esfuerzos para prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: la violencia doméstica.

En el referido informe, se emprende un estudio sobre las manifestaciones y causas del maltrato y la violencia de género en los servicios de salud reproductiva, así como durante la atención del parto en los centros de salud. A continuación, se analiza la aplicación, en dicho ámbito, del marco regional e internacional de derechos humanos. Finaliza el mencionado informe concluyendo, entre otros, lo siguiente:

*75. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas.*

*76. Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia, de sexismo o de cualquier otro tipo de violencia psicológica, tortura, trato inhumano o degradante o coacción (...).* (ONU, 2019, p. 23).

Asimismo, recoge recomendaciones para los Estados y otras partes interesadas, en materias relativas a la obtención del consentimiento informado, prevención de la violencia obstétrica, rendición de cuentas, leyes discriminatorias y nocivos estereotipos de género, entre otros.

#### **5.3.4. Otros organismos internacionales: CIDH, Consejo de Europa y Unión Europea. Apunte sobre movimientos sociales.**

En comunión con la postura manifestada por otros organismos internacionales, en fecha 8 de marzo de 2018, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, con motivo del Día Internacional de la Mujer, publica un comunicado de prensa por el que insta a los Estados de la región a garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las mujeres, de las niñas y de las adolescentes, así como a documentar, investigar y sancionar las formas emergentes de violencia contra estas, como la violencia obstétrica, entre otras (CIDH, 2018).

En el seno del Consejo de Europa, a su vez, conviene efectuar la reseña inicial sobre el informe “La salud y los derechos sexuales y reproductivos en Europa”, que, elaborado por el Comisario para los Derechos Humanos en 2017, da cuenta de que persisten, en el continente europeo, la violencia contra las mujeres y las prácticas coercitivas con ocasión de la atención de la salud sexual y reproductiva (Consejo de Europa, 2017).

Con posterioridad, el 3 de octubre de 2019, la Asamblea Parlamentaria aprueba la Resolución 2306, inspirada en las consideraciones sentadas en informe del Comité de Igualdad y No Discriminación (Doc. 14965).

Siguiendo la línea de los instrumentos antes citados, afirma que la violencia obstétrica y ginecológica es una forma de violencia que ha sido encubierta durante demasiado tiempo, y que aún en la actualidad es ignorada con demasiada frecuencia. Asimismo, reconoce que, aunque el artículo 39 del Convenio de Estambul expresamente sanciona el aborto y esterilización forzados, no contiene previsión expresa sobre esta forma de violencia contra la mujer (Consejo de Europa, 2019, p. 1).

A la vista de ello, la Asamblea Parlamentaria incluye una serie de recomendaciones, dirigidas a los Estados miembros del Consejo de Europa. Entre ellas destacan, no solo el arbitraje de mecanismos para análisis de quejas sobre violencia obstétrica y las correspondientes sanciones a imponer, ya recomendadas por otras instancias internacionales, sino también, en sus apartados 8.8 y 8.9, la formación específica a dispensar a profesionales sanitarios:

*8.8 provide specific training for obstetricians and gynaecologists and raise awareness of gynaecological and obstetrical violence as part of this training;*

*8.9 ensure that the training of doctors, midwives and nurses attaches particular importance to the relationship between care providers and patients, the concept of informed consent, equality between women and men, the reception of LGBTI persons, persons with disabilities and vulnerable persons, communication, the prevention of sexism and violence, and the promotion of a humane approach to care. (Consejo de Europa, 2019, p. 2).*

En el ámbito de la Unión Europea ha de estarse a lo dispuesto en la Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres, dimanante de propuesta de la Comisión de Derechos de las Mujeres e Igualdad de Género de fecha 27 de octubre de 2020 (2020/2215(INI)).

La citada resolución parte de la premisa de que las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos constituyen violaciones de los derechos humanos, y contiene las siguientes menciones expresas, sobre la violencia ginecológica y obstétrica:

*La salud reproductiva y sexual como un componente esencial de la buena salud*

*(...) 16. Recuerda que todas las intervenciones médicas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben realizarse con el consentimiento previo, personal y basado en el pleno conocimiento de causa; pide a los Estados miembros que luchen contra la violencia ginecológica y obstétrica mediante el refuerzo de los procedimientos que garantizan el respeto del consentimiento libre, previo e informado y la protección frente a un trato inhumano y degradante en los centros asistenciales, entre otros, por medio de la capacitación de los profesionales médicos; pide a la Comisión que aborde en sus actividades esta forma concreta de violencia de género”.*

*(...) f) Atención materna, prenatal y relacionada con el parto para todas las mujeres*

*(...) “41. Pide a los Estados miembros que hagan todo lo necesario para garantizar el respeto de los derechos de las mujeres y su dignidad en el parto, y condenen enérgicamente y luchen contra el abuso físico y verbal, incluidos la violencia ginecológica y obstétrica, los pagos informales y los sobornos en la atención prenatal, durante el parto y posnatal, que vulneran los derechos humanos de las mujeres y pueden constituir formas de violencia de género. (UE, 2021, pp. 16, 22).*

No obstante lo anterior, debiera reseñarse expresamente que, si bien la regulación antedicha fue incuestionablemente promovida por los y las integrantes de las organizaciones que las alumbraran, la puesta en evidencia de este fenómeno es tributaria de la actuación de múltiples colectivos sociales; fenómeno este que, en materia de derechos humanos, pudiera decirse que no solo es tradicional, sino inevitable.

Así, en 2016, la Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica, conformada por los OVO de Argentina, Chile, Colombia, España y Francia publicó una declaración conjunta en la que manifestaron que la violencia obstétrica representa un alarmante y generalizado problema de salud pública a nivel mundial, constituyendo una violación de los derechos humanos que, probablemente, sea una de las formas de violencia hacia las mujeres más naturalizada e invisibilizada que existe.

A mayor abundamiento, las redes sociales se configuran como una plataforma en la que intercambiar puntos de vista, presionar y luchar para poner fin al equilibrio de poder preexistente, en las relaciones entre pacientes y proveedores de salud (Lokugamage y Pathberiya, 2017).

Como reflejara el informe del Comité de Igualdad y No Discriminación (Consejo de Europa, 2019), en Finlandia un colectivo de matronas/os, doulas y mujeres que habían dado a luz dio comienzo a la campaña de información “Minä myös synnuttäjänä” (“Me too during childbirth”), para promocionar el respeto durante el parto y el derecho a obtener información.

Asimismo, redes sociales como “Twitter” se han erigido como una plataforma a través de la cual poner de manifiesto la asiduidad del acaecimiento de la violencia obstétrica, con hashtags como “#bastatacere”, en Italia, #BreakTheSilence”, en Croacia, o #PayeTonUtérus y #balancetongyneco, en Francia -los últimos, con una virulencia tal que impulsaría la realización, por el Estado francés, de estudios sobre el fenómeno-.



### **5.3.5. Conclusión. Operatividad de los derechos humanos, fin último y devenir.**

Finalmente, tras la cita de la ingente cantidad de instrumentos legales en vigor, tendentes a la protección de los derechos de las personas, podría argüirse, en una primera e impulsiva aproximación, que resulta llamativo que la violencia obstétrica continúe siendo un fenómeno que acaece en la actualidad, y que solo recientemente ha adquirido la trascendencia que debiera serle propia.

En general, podría sostenerse que la profusión normativa en el ámbito de los derechos humanos, a la que continúa acompañando el persistente y sistémico atentado contra las máximas consagradas, es inoperante. Al fin y al cabo, ya desde 1948 se emprendió la consagración universal del derecho a la salud, con especial hincapié en los cuidados y asistencia especiales de la maternidad e infancia (ONU), y dicho reconocimiento se ha reproducido, de forma paralela, en múltiples organismos internacionales regionales (Consejo de Europa, Organización de Estados Americanos, Organización para la Unidad Africana, etc). Las afrentas a los derechos humanos de las mujeres, no obstante lo anterior, son tan frecuentes y profusas como las normas que vienen llamadas a revertirlas.

Constituiría esta, no obstante, una visión reduccionista en exceso, que pretendiendo una inmediata resolución de las injusticias que acaecen sobre las personas, incurre en un silogismo anacrónico. Y es que, por contra, el reconocimiento de los derechos humanos, y la miríada de concretas manifestaciones en que los mismos se traducen, se encuentran sujetos a un sempiterno proceso de reconocimiento social y consagración legal.

Así, la dicción del artículo 1 de la propia Declaración Universal de Derechos Humanos es una de las conquistas primigenias de las mujeres, a cargo de la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer (creada, en el seno de las Naciones Unidas, en 1946, un año después del surgimiento de esta), y de Mrs. Begtrup, su Presidenta.

De esta manera, la expresión “*todos los seres humanos*”, en el precepto, no fue objeto de una redacción y consenso pacíficos, sino que por el contrario suscitó controversia en las negociaciones que, a la postre, alumbrarían la Declaración. Como ilustran Gómez y Pureza (2004):

*Una de las propuestas iniciales para este artículo 1 utilizaba la expresión «todos los hombres», lo que hubiese resultado nefasto desde el punto de vista de las mujeres y un mal comienzo para*

*la propia Declaración Universal de los Derechos Humanos. Finalmente, ante las presiones de la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer y de algunas delegaciones de Estados más proclives a las reivindicaciones de las mujeres se logró incluir la expresión que figura en el artículo 1 de la Declaración, que es mucho más respetuosa con la sensibilidad de la mitad de la humanidad. (Gómez y Pureza, 2003, p. 284).*

De forma similar, se aprecia dicha conquista en la totalidad del articulado de la Declaración Universal, que se vale de expresiones tales como “*todas las personas*”, “*nadie*”, “*todo individuo*”, “*todo ser humano*”, etcétera.

Asistimos, en definitiva, a un proceso de reconocimiento de los derechos humanos tan arduo como incesante, que comenzara en la Revolución Francesa, con los derechos civiles y políticos, y continuara tras la Segunda Guerra Mundial, con los sociales, económicos y culturales, así como en el siglo XX, con los derechos de solidaridad o tercera generación (Vasak, 1979). Y es, como refiriera el sexto Secretario General de las Naciones Unidas, Boutros-Ghali (1995), “*en tanto que proceso de síntesis, los derechos humanos son, por esencia, derechos en movimiento*”.

Cabe esperar que similar proceso acaezca con la violencia obstétrica, hasta que su mera existencia no sea ya objeto de discusión, sino de aceptación generalizada, y hasta que se hallen implementados instrumentos efectivos para el logro de su erradicación. Para que, a continuación, sean puestas en evidencia nuevas realidades atentatorias contra la dignidad intrínseca a la persona que deban ser revertidas, nuevas protecciones que ser dispensadas. Porque, como ilustra Vasak (1990), “*la lista de los derechos humanos ni es ni será nunca una lista cerrada*”.

## 6. VIOLENCIA OBSTÉTRICA. NOCIONES GENERALES

### 6.1. Concepto de violencia obstétrica. Posiciones doctrinales encontradas

#### 6.1.1. Cuestionamiento de la existencia del fenómeno

La conceptualización de la violencia obstétrica no se ha hallado exenta de conflictos, dado que ni siquiera es pacífica la existencia del fenómeno en sí mismo considerado, tanto en el ámbito internacional, como dentro de las fronteras españolas.

Así, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en comunicación de fecha 12 de julio de 2021, manifestaría expresamente que el concepto de “violencia obstétrica”, entendida como una modalidad de violencia de género, *“no se ajusta a la realidad de la asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país y criminaliza las actuaciones de profesionales que trabajan bajo los principios del rigor científico y la ética médica”*, toda vez que los profesionales *“garantizan la inexistencia de actos violentos en la atención a las pacientes”* (CGCOM, 2021). A mayor abundamiento, en comunicación publicada, por el citado Consejo General, al día siguiente, se hace constar que *“los procedimientos obstétricos que puedan considerarse excesivos e inapropiados serían, en todo caso, acciones basadas en el principio de beneficencia, que buscarían lo mejor para la mujer”* (CGCOM, 2021).

Este posicionamiento parece ser compartido por la mayoría de la comunidad médica, que como reflejara Mena-Tudela et al. (2020), no acepta la circunstancia de que la violencia obstétrica existe.

La Asociación “El Parto es Nuestro” (2018), que se define a sí misma como una asociación sin ánimo de lucro que *“pretende mejorar las condiciones de atención a madres e hijos/as durante el embarazo, parto y posparto”*, sostiene la postura contraria. Asevera, por contra, que *“solo el reconocimiento de su existencia puede conllevar el verdadero avance hacia su erradicación”*.

Esta suerte de movimiento pendular, entre el reconocimiento de la realidad de la violencia obstétrica y su negativa, ha trascendido del ámbito clínico, manifestándose dicha división en multiplicidad de sectores. De esta manera, el Ejecutivo, ante pregunta formulada por miembros del Congreso, sobre significado de la referencia “violencia obstétrica” en la

convocatoria de subvenciones del Instituto de las Mujeres, parecía inclinarse a favor de su reconocimiento al citar, en su respuesta, la consagración que de esta realiza el informe de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer. No obstante, en preguntas sucesivas, versando sobre el impacto del término “violencia obstétrica” sobre profesionales sanitarios, y sobre la posible reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, el que pareciera constituir un reconocimiento institucional de la realidad de la violencia obstétrica se diluye, al eludir el Ejecutivo un posicionamiento expreso (Gobierno de España, 2021).

Esta cuestión, como puede apreciarse, no es baladí, dado que la importancia de una ulterior disquisición terminológica palidecerá en comparación con el previo reconocimiento de la existencia de la realidad descrita.

En consecuencia, en primer lugar, he de refrendar la postura que aboga por la existencia del fenómeno de la violencia obstétrica, en lugar de aquella que defiende la inexistencia de actos violentos, o en su caso, la verificación de actos inapropiados pero basados en el principio de beneficencia, con ocasión de la atención al embarazo y parto.

De esta manera, como ya se mencionara, abundan los testimonios de mujeres dando cumplida cuenta de la violencia obstétrica sufrida, cuya difusión ha sido facilitada por observatorios de violencia obstétrica (RIOVO, 2016, El Parto es Nuestro), así como por la existencia de redes sociales (Consejo de Europa, 2019; ONU, 2019), y de cuyos relatos se ha hecho eco la profusa literatura emanada al respecto (Olza, 2014; Bohren et al., 2015; Jewkes y Penn-Kekana, 2015; Lokugamage y Pathberiya, 2017; Goberna-Tricas, 2019, entre otros).

Finalmente, el parecer internacional al respecto es, ya, unánime (OMS, 2014; CEDAW, 2017; CIDH, 2018; ONU, 2019; Consejo de Europa, 2019; UE, 2021). Oculta por demasiado tiempo, y aún en la actualidad, ignorada con excesiva frecuencia, al constituir una forma de violencia contra las mujeres se erige, incuestionablemente, como una violación de los derechos humanos (Consejo de Europa, 2019).

### **6.1.2. Definición de violencia obstétrica**

Las acepciones asociadas al término “violencia obstétrica”, eminentemente herederas de la legislación latinoamericana apuntada, son variadas. En consecuencia con la técnica legislativa adoptada, pueden relacionarse con una definición genérica del concepto, acometer la descripción de un listado de conductas que inciden sobre la mujer, a propósito de la atención a su parto, o valerse de ambas.

La totalidad de las mismas, no obstante, tiene su raigambre y pivota sobre la primera definición esbozada sobre la violencia obstétrica. Consagrada en el artículo 15 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007), cuenta con la siguiente dicción:

*La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007, p. 7).*

En cuanto a las concretas conductas que pueden resultar incardinables en la noción de violencia obstétrica, como afirma la Relatora del Comité de Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa (2019), la misma puede adquirir varias formas, y resulta difícil obtener una idea general acerca del número de víctimas.

Los comportamientos identificados por las pioneras normas legales, con similar dicción todas ellas (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007; Veracruz de Ignacio de la Llave, 2010; Chiapas, 2014), son los siguientes:

1.- No dispensa de atención oportuna y eficaz, a la mujer, durante el embarazo, parto o puerperio, o con ocasión de emergencias obstétricas.

2.- Alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtenerse el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

3.- Práctica de parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, y sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

4.- Imposición, a la mujer, de parto en posición supina, o en forma distinta a aquella propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas, sin mediar causa médica justificada.

5.- Acoso o presión psicológica a la mujer, a los fines de inhibir su libre proceso de toma de decisiones sobre su maternidad.

6.- Obstaculización del apego del niño/niña con su madre sin causa médica justificada

La literatura, asimismo, también ha identificado supuestos de violencia verbal, física y sexual, discriminación social, negligencia en el cuidado y uso inapropiado de procedimientos y tecnologías (Mena-Tudela et al., 2020). Destaca el detallado análisis que lleva a efecto Bohren et al. (2015), en el que, tras analizar 65 estudios, correspondientes a 34 países distintos, elabora una tabla con la siguiente tipología de maltrato a las mujeres:

1.- Maltrato físico: Comprensivo de actuaciones tales como el uso de la fuerza (golpes, pellizcos, patadas, etc), y contención física .

2.- Abuso sexual o violación

3.- Maltrato verbal: Incluyendo lenguaje grosero y comentarios acusatorios, amenazas (de retirada de tratamiento o mal resultado del mismo) y culpabilización.

4.- Estigmatización y discriminación, basadas en características sociodemográficas (etnia, raza religión, edad o estatus socioeconómico) o en condiciones médicas.

5.- Incumplimiento de los estándares profesionales de cuidado: Incidiendo sobre el consentimiento informado, la confidencialidad, los exámenes físicos y procedimientos (exámenes vaginales dolorosos, negativa al suministro de medicamentos que alivien el dolor, práctica de operaciones quirúrgicas no consentidas), así como la negligencia y abandono (largas esperas, asistente experto no presente en el momento del parto, etc).

6.- Relación deficiente entre la mujer y los sanitarios: Abarca la comunicación ineficaz (desoír las preocupaciones de la mujer, problemas del idioma, etc), falta de cuidados de apoyo (por el personal sanitario, o al impedir el acompañamiento) y pérdida de autonomía (mujeres tratadas como participantes pasivas, denegación de alimentos, líquidos o movilidad, falta de respeto por las posiciones de parto preferidas por las mujeres,etc).

7.- Condiciones del sistema sanitario y limitaciones: Incluye falta de recursos (condiciones de las instalaciones, limitación de personal y suministros, etc), ausencia de políticas y cultura de la instalación.

En definitiva, las diversas definiciones que, de la violencia obstétrica, se han esbozado, comparten múltiples rasgos comunes entre sí, toda vez que la casuística que acompaña a dicha definición general, también presenta supuestos notoriamente similares. A modo ejemplificativo, baste la remisión al concepto que ya citara la Relatora del Comité de

Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa (2019), que fuera acuñado por la Academia Nacional de Medicina de Francia once años después del primigenio, y que constituye un compendio de los elementos previamente mencionados:

*The term ‘obstetric violence’ covers any medical act, posture, or intervention that is inappropriate or to which no consent has been given. It therefore covers not only acts that do not comply with clinical practice guidelines (CPG) but also medically justified acts carried out without prior information and/or without the patient’s consent or with clear brutality. In addition, attitudes, behaviours or comments that fail to respect women’s dignity, modesty and privacy are also included in this term and are related to the failure to take into account the pain experienced during and after childbirth.* (Consejo de Europa, 2019, p. 7).

Finalmente, Belli (2013), a propósito del análisis de la legislación argentina sobre violencia obstétrica, incluso plantea que *“esta definición incluye no sólo a los profesionales actuantes durante el momento del parto, sino también a todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con la mujer embarazada”*.

### **6.1.3. Discusiones terminológicas**

A la violencia obstétrica parece serle ínsita la indecisión terminológica, pues incluso entre quienes existe acuerdo sobre su existencia, impera el disenso sobre su denominación.

Savage y Castro (2017) exponen que, en las últimas dos décadas, el fenómeno analizado ha sido calificado de varias formas -tales como “maltrato de mujeres durante el parto en establecimientos de salud”, “violencia obstétrica”, “falta de respeto y abuso”, “violencia institucional”, y “parto deshumanizado”- en ocasiones de forma indistinta, si bien varios autores han abogado por el reconocimiento de matices distintos en cada término, lo que ha generado un creciente debate sobre qué debiera ser denominado maltrato, y cómo pudiera elaborarse un concepto, conciso pero exhaustivo, a utilizar en el desarrollo de herramientas de estudio y evaluaciones de servicios de salud.

La locución que se ha hecho con mayor eco, “violencia obstétrica”, es quizás una de las más controvertidas. Ante la misma, Sadler et al. (2016) expone que, si bien una de las razones por las que no se encuentra más expandida es porque los profesionales de la salud se resisten a utilizar el concepto de violencia, contrario a su *ethos*, tiene el potencial para

abordar las dimensiones estructurales de la violencia dentro de las múltiples formas de falta de respeto y abuso.

La Relatora del Comité de Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa (2019) da cuenta de que el Fondo de Población de las Naciones Unidas reconoce que existe una falta de consenso sobre el modo de definir y medir la violencia contra la mujer durante la atención del parto en los centros de salud. También parece renuente a su uso en exclusiva, pues aduciendo que el término “violencia obstétrica” aún no cuenta con uso extendido en el derecho internacional de los derechos humanos (al contrario que en América del Sur), lo simultanea con “violencia contra la mujer durante la atención al parto”.

En el ámbito clínico, las posturas son más acérrimas. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, adhiriéndose a lo expuesto en comunicado del CGCOM (2021), añade, además, lo siguiente:

*La "violencia obstétrica" es un término utilizado como referencia para aquellas intervenciones médicas innecesarias durante el proceso del parto, a menudo rutinarias, que en muchas ocasiones se realizan sin proporcionar información suficiente a las mujeres ni solicitarles el consentimiento.*

*Nos parece inapropiado, tendencioso e injusto el término “violencia obstétrica” por su significado jurídico doloso, como intención de causar daño, ánimo de lesionar, empleo de fuerza o amenazas, tipificable penalmente, que debemos rechazar por completo. No debe confundirse en modo alguno la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas. Sin embargo, es un término que ha permitido poner de manifiesto las experiencias desagradables de muchas mujeres y posicionarlo en el debate público. (S.E.G.O.)*

Pareciera este ser el sentir de la totalidad de profesiones sanitarias, y no solo aquellas restringidas al ámbito obstétrico. Payà y Martín (2018) ahondaron en dicha noción en el workshop El concepto de violencia obstétrica, que arrojaría los siguientes resultados, sobre profesionales de la sanidad:

*Por otro lado, los profesionales sanitarios, neonatólogos/as, obstetras y matronas, manifestaron, ante el concepto de violencia obstétrica, sentirse acusados de hacer algo inhumano al llevar a cabo determinadas actuaciones (p.e. episiotomía), cuando su profesión es, consideran, de las más humanas. (...) Sienten que se les culpabiliza y se genera desconfianza hacia ellos/as, lo que les produce tensión: se encuentran en el foco de las críticas*



*al mismo tiempo que se olvida la responsabilidad de otros agentes, como gerentes y responsables de salud. (Payà y Martín, 2018, p. 73)*

A la luz de los anteriores posicionamientos, y respuestas ante los mismos (El Parto es Nuestro, 2018), abundan, en la actualidad, las propuestas de terminología alternativa, en aras al logro del consenso.

Así, Bohren et al., (2015) aboga por la utilización del término “maltrato”, al reputarlo más inclusivo que “falta de respeto y abuso”, mientras que Lukasse et al. (2015) recomiendan el uso del término “abuso”, entendiéndolo comprensivo de “*negligencias, abuso emocional (verbal), físico e incluso sexual*”. Obregón (2018), a su vez, sugiere la utilización de términos que considera más operativos, como “mala praxis obstétrica” o “prácticas obstétricas abusivas”, mientras que Freedman y Kurk (2014) se valen del “trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto”, entendido como “*las interacciones o las condiciones que el consenso local considera que son humillantes e indignas, y aquellas interacciones o condiciones que se experimentan o tienen la intención de ser humillantes e indignas*”.

Olza (2014), incluso, recoge la noción “violación en el parto” (birth rape), utilizada por “*mujeres que sienten que fueron violadas en sus partos y forzadas a consentir a algunos procedimientos, sin que se les hubiera informado con detalle ni se les hubiera explicado los riesgos de las mismas*”.

Los y las profesionales sanitarios, a su vez, sugieren el uso de terminologías tales como “falta de respeto”, “invasión de la libertad o intimidad” o “violencias”, toda vez que filósofas y profesionales de la educación optan por denominaciones tales como “vulnerabilidad obstétrica” o “maltrato institucional” (Payà y Martín, 2018).

En definitiva, como manifiestan Savage y Castro (2017), los investigadores han tenido problemas para crear una terminología que describa el maltrato como una forma de violencia sin asignar culpa a los profesionales sanitarios como grupo.

Sin perjuicio de la legitimidad de las posturas expuestas, y comoquiera que no constituye, el fin de este trabajo, el análisis sobre la elección terminológica para la descripción de la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, se continuará con el uso del término “violencia obstétrica”, al hallarse recogido, con notoria amplitud, en los instrumentos internacionales y literatura reseñados.

## **6.2. Causas de la violencia obstétrica. Violencia obstétrica como violencia de género**

### **6.2.1. Causas de la violencia obstétrica**

La doctrina e instrumentos internacionales de variada procedencia, han identificado varios factores que contribuyen al origen y persistencia de la violencia obstétrica, a saber:

1.- Factores relativos a la actuación de los Estados en materia de salud. Como señala la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias (ONU, 2019), algunos Estados aplican leyes o prácticas discriminatorias, a la vez que algunas mujeres sufren formas interseccionales de discriminación -tales como la esterilización forzosa-. Asimismo, puede identificarse una deficiente asignación de recursos, por parte de los Estados, para las necesidades específicas de salud de las mujeres, así como para la dispensa de formación, a trabajadores y trabajadoras sanitarios, en materia de ética médica y derechos humanos de los y las pacientes (ONU, 2019).

2.- Factores relativos a sistemas y centros de salud, y sus profesionales sanitarios. En primer lugar, deviene obligatoria la mención al desarrollo que ha llevado a la configuración actual de las ciencias médicas.

La medicina basada en la evidencia supone un movimiento que alejaría, a la medicina, de la autoridad personal del facultativo, residenciándola en aquella influenciada por los hallazgos de la investigación, y que determinaría que profesionales sanitarios la reputasen científica y objetiva (Lokugamage y Pathberiya, 2017). Este control sobre los procesos naturales, predicable de la totalidad de las ciencias, ha reportado incuestionables beneficios, si bien la aplicación sistemática, mecanicista y medicalizada de las prácticas de rutina adquiere un carácter negativo que puede derivar en violencia para la mujer (Belli, 2013).

Se puede incurrir, pues, en la dispensa de asistencia sanitaria en condiciones tales que podrían equipararse a las propias de las líneas de producción de fábricas, y que someten a mujeres de todo el mundo a faltas de respeto y abusos (Lokugamage y Pathberiya, 2017):

*Contemporary healthcare is now being driven by a technocratic model where complex health, social, political and economic elements are protocolised, guided by risk, cost and fear, at the expense of personalised care. Accordingly, patients can feel “tyrannised when their clinical management is inappropriately driven by algorithmic protocols, top-down directives and population targets.” Consequently, in some cases, evidence based medicine can be a shackle to a woman’s autonomy (Lokugamage y Pathberiya, 2017, p. 3).*

Coadyuva, a lo anterior, la *“histórica sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica y obstétrica”*, toda vez que *“las condiciones de trabajo en los sistemas de salud pueden desempeñar un papel importante como factor impulsor del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto”* (ONU, 2019).

Así, factores tales como la insuficiencia de personal, cantidades ingentes de pacientes, salarios reducidos, jornadas laborales prolongadas, déficit de infraestructuras, falta de apoyo y supervisión redundan en un entorno laboral tenso, que proporciona una conducta poco profesional, una moral baja y actitud negativa de los y las profesionales sanitarios (ONU, 2019). Los propios profesionales, en definitiva, como consecuencia de la insensibilidad que dimana de la prestación de servicios en algunos sistemas de salud, pueden no ser conscientes de haber perdido su propia compasión (Lokugamage y Pathberiya, 2017).

De forma similar, Olza (2008) razona que el sistema sanitario, en tanto que niega la dimensión emocional de los y las profesionales, es violento contra estos. Ya desde el inicio de la formación, se silencian los aspectos relativos al psiquismo y la vida emocional del profesional, *“se aprende a negar los aspectos personales bajo el mito de que lo personal no debe influir en lo profesional”*.

Asimismo, identifica, como razones que llevan a profesionales sanitarios a ejercer violencia obstétrica, a la falta de formación y de habilidades técnicas para el afrontamiento de los aspectos emocionales y sexuales propios del parto, la medicalización creciente como estrategia defensiva ante la falta de espacios de apoyo para profesionales, que les permita gestionar el aspecto iatrogénico ínsito al parto medicalizado, así como el síndrome del burnout (Olza, 2014).

3.- Factores relativos a estereotipos de género, desequilibrio de poder. Como refiere la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, los estereotipos de género -originados como consecuencia de convicciones religiosas, sociales y culturales-, así como las ideas sobre la sexualidad, el embarazo y en la maternidad, en el concreto ámbito de la salud reproductiva -y en lo referente a la competencia de las mujeres para la toma de decisiones- *“limitan la autonomía y la acción individual de la mujer”* (ONU, 2019).

Asimismo, comoquiera que es el centro de salud quien detenta el poder del conocimiento médico acreditado, así como el privilegio social de la competencia médica

reconocida, toda vez que la mujer depende de la información y atención del centro de salud, a la vez que es especialmente vulnerable durante el parto, surge un desequilibrio de poder entre ambos (ONU, 2019). En consecuencia, *“las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico”* (Belli, 2013), lo que puede fomentar una cultura de impunidad, y revelar un desequilibrio de poder aún más evidente, en aquellos casos en que los y las profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante el parto (ONU, 2019).

### **6.2.2. Violencia obstétrica como violencia de género. Dimensión social**

Una vez realizadas las consideraciones anteriores, el íter lógico a seguir lo constituye el análisis, de la violencia obstétrica, como posible manifestación de la violencia de género.

En este sentido, resulta plausible afirmar que cuenta con notoria aceptación el hecho de que existe cierta desigualdad en la relación que media entre la mujer y el equipo de profesionales sanitarios que le dispensan asistencia con ocasión de su embarazo, parto y puerperio. La misma, no obstante, se aduce que no resulta plenamente reconducible a la desigualdad que pudiera predicarse de cualquier relación clínico-asistencial, sino que, además, incorpora ciertas idiosincrasias de indudable consideración.

Como refiere Bellón (2015), la medicina, más allá de erigirse como una institución objetiva y homogénea que, en tanto basada en la teoría científica, es neutral y basada en la evidencia, se encuentra altamente condicionada por aspectos sociales tales como el género. Constituye un sistema cultural y social complejo, un constructo histórico compuesto por creencias internas, reglas y prácticas, que responden y reproducen ideologías de género (Sadler et al., 2016). Es, por ello, que las relaciones de poder entre algunos profesionales de la salud y las mujeres, en ámbitos de maternidad, son aquellas propias del dominio hegemónico, lo cual resulta sumamente paralelo a la posición de dominio de los hombres (Jewkes y Penn-Kekana, 2015).

En consecuencia, en aquellas sociedades en que el ideario patriarcal es hegemónico, el discurso médico, y la legitimidad social de que se encuentra revestido, *“coloca a los profesionales de la salud como los únicos autorizados a intervenir en el cuerpo de las mujeres”*, *“la institucionalización de los procesos reproductivos desplaza a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo”*; esto es, se gesta y consagra una relación asimétrica que

revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer (Belli, 2013). Como manifiesta Fernández (2015):

*El paritorio es un escenario ideal de representación de esa negación-apropiación patriarcal del cuerpo y de la capacidad creadora de las mujeres de la que nos habla Isabel Aler: estamos semidesnudas, en presencia de extraños, muchas veces solas, en espacios que nos son desconocidos y en los que no ejercemos ningún poder, en posición de sumisión total: con las piernas abiertas y levantadas, tumbadas contra la espalda, con los genitales expuestos y está en juego nuestra vida y la de nuestros hijos. (Fernández, 2015, p. 2).*

Es este control sobre el potencial reproductivo, así como sobre la sexualidad, de las mujeres, el que se erige como un elemento imprescindible para el mantenimiento de las mismas en una posición subordinada (Bellón, 2015). Por ello, “*el género ha sido central en la conceptualización del término violencia obstétrica*” (Sadler et al., 2016), toda vez que el análisis del impacto de los estereotipos de género, tanto en la práctica obstétrica y médica en general, constituye “*un aspecto crucial para comprender las razones que se esconden tras el ejercicio de prácticas denunciadas como violencia obstétrica*” (Bellón, 2015).

En atención a tales consideraciones, un sector doctrinal considera que “*la violencia obstétrica tiene características particulares que demandan un análisis diferenciado: es un asunto feminista, un caso de violencia de género*” (Sadler et al., 2016). “*Hay razones fundadas para considerar la violencia obstétrica como una categoría más de violencia hacia la mujer*” (Fernández, 2015), pues “*pone de manifiesto la asimetría que existe entre hombres y mujeres en las relaciones de saber/poder y que regula el conjunto de las prácticas concretas en los procesos reproductivos de las mujeres*” (Belli, 2013). Se trata, en definitiva, de una “*violencia derivada de sociedades patriarcales que naturalizan estas prácticas y comportamientos, los cuales terminan siendo asumidos por la sociedad, incluyendo profesionales de la salud y usuarias*” (Rodríguez y Martínez, 2021).

Sin embargo, y comoquiera que excede del mero acto de maltrato, ya que se encuentra rodeada de significados simbólicos socialmente contruidos, resulta preciso emprender su análisis amplio, centrado en las dimensiones sociales y culturales integradas en dicho fenómeno. Esto permitirá un cambio, desde un enfoque limitado a víctimas y agresores, al reconocimiento de la socialización ubicua, de mujeres y hombres, en formas naturalizadas - ergo invisibles- de violencia y dinámicas de poder entre grupos (Sadler et al., 2016).

Esta línea de pensamiento, no obstante, ha trascendido las fronteras doctrinales y ha sido expresamente acogida por multiplicidad de organismos e instancias internacionales, que consideran que la interrelación entre violencia obstétrica y violencia de género se revela como incuestionable. De forma pionera, lo emprendería el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación general n.º 35, de fecha 26 de julio de 2017, cuyo apartado 18 es del siguiente tenor:

*Las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación como delito del aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos, son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante. (CEDAW, 2017, p. 7).*

Además, el informe de la Relatora del Comité de Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa (2019) da cuenta de que esta violencia es reflejo de una cultura patriarcal que aún es dominante en la sociedad, incluyendo el ámbito médico:

*7. Gynaecological and obstetrical violence is not new. It is the result of the continued existence of a patriarchal culture within the medical sector, particularly in the training given to health care staff, and of persistent gender stereotypes in society. In addition, the budgetary restrictions of health facilities, which have become a management objective, hinder the practice of care respectful of the physiology of delivery.*

*63. The key issues in the report are gender equality and respect between medical staff and patients. I believe that obstetrical and gynaecological violence and abuse can be prevented. It generally reflects a certain mindset and a contempt towards women. It testifies to a desire for domination and perpetuates a patriarchal culture that we should be seeking to end. Promoting gender equality in every field will help combat all forms of violence against women, including obstetrical and gynaecological violence (Consejo de Europa, 2019).*

Asimismo, el informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer de la ONU (2019) recoge el maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto, concebido como “*parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado*”.

A su vez, la Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)), “*pide a la Comisión que aborde en sus actividades esta forma concreta de violencia de género*” (UE, 2021).

Las exposiciones analizadas, que a la postre cristalizarían en documentos jurídicos de aplicabilidad internacional, ofrecen una respuesta a la pregunta inicialmente formulada, consistente en la plausibilidad de que la violencia obstétrica merezca la consideración de integrante de la violencia de género, y forma de expresión de la misma.

Al fin y al cabo, pocas conductas pueden resultar más representativas del fin último inherente al patriarcado, que no sea la total ablación de la libertad de la mujer en su propio proceso reproductivo y tratamiento de la salud. La violencia obstétrica es, pues, uno de los epítomes de la violencia de género, por excelencia. Todo ello, sin perjuicio de que, como luego se dirá, estas conclusiones, paradójicamente, no resultan automáticamente trasladables al ámbito jurídico, y la consiguiente esfera de protección que dispensa.

### **6.3. Revisión conceptual. Violencia obstétrica e interrupción del embarazo.**

#### ***6.3.1. Antecedentes. Violencia obstétrica e interrupción del embarazo***

Como se ha expuesto, las labores doctrinal y jurídica han alumbrado un concepto de violencia obstétrica que, puede decirse, se encuentra bastante depurado; que, en suma, es descriptivo de las dinámicas de la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud.

Sin embargo, no puede obviarse que pareciera que se desconoce una realidad inherente a los procesos reproductivos, y que no se halla exenta de controversia. Es esta la interrupción voluntaria del embarazo, la cesación en la gestación por voluntad materna, venga motivada esta decisión por patologías presentes en la mujer o feto, o no; e incluso, aquellas que se producen de forma espontánea, sin concurso de la embarazada.

Y es que raramente existe mención expresa al aborto cuando de violencia obstétrica se habla. A lo sumo, se refiere que queda ínsito en el concepto de violencia obstétrica. Belli (2013), mediante nota al pie, especifica:

*La violencia obstétrica, al carecer de una definición precisa, suele relacionarse exclusivamente con la experiencia del parto. Sin embargo, es necesario señalar que incluye también todos los*

*otros dominios del campo de la salud sexual y reproductiva como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto, la menopausia y más (Belli, 2013, p. 28)*

También es escueta la mención que realiza Gherardi (2016), al referir que *“la violencia obstétrica no solo se relaciona con la experiencia del parto: incluye otros aspectos vinculados con los derechos sexuales y reproductivos como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia”*.

Esto puede deberse a la ambigüedad internacional en torno a la interrupción voluntaria del embarazo -que pareciera premeditada-, al desigual reconocimiento que, a nivel interno, efectúan los Estados, y al variado refrendo doctrinal y social sobre su admisibilidad. Como asevera Saura (2015), *“la mayor parte de los tratados e instrumentos jurídicos de derechos humanos guardan un escrupuloso silencio tanto sobre el pretendido “derecho al aborto” de la mujer como del no menos pretendido “derecho a la vida” del nasciturus”*.

En cuanto al posicionamiento doctrinal, que ante el silencio internacional niega la existencia del derecho al aborto (facción usualmente denominada pro-life) o lo deduce de derechos de corte general (sector llamado pro-choice), Saura aboga por el segundo:

*En efecto, aunque la expresión “derecho al aborto” es imprecisa, sí puede afirmarse que la mujer es titular de una serie de derechos reproductivos que se fundan en un conjunto de derechos y libertades civiles (vida privada; libertad individual; información) y sociales (salud; bienestar), en el marco de los cuales la interrupción voluntaria del embarazo es una intervención que, sin ser en absoluto deseable, forma parte de las opciones reproductivas que tiene la mujer embarazada (Saura, 2015, p. 31).*

En base a esta argumentación, el autor sostiene que los Estados pueden cometer vulneraciones de los derechos de la mujer, en función del reconocimiento que, del aborto, realicen, así como de las condiciones en que permitan su verificación.

De esta manera, vulnera el Estado el derecho a la vida privada cuando *“aun permitiendo formalmente la interrupción voluntaria del embarazo, somete el procedimiento a tales obstáculos y dilaciones que convierten su ejercicio en ilusorio”* (Saura, 2015. También, cuando no proporciona información adecuada sobre salud reproductiva, destacando, en este aspecto, el llamativo caso *Women on Waves and Others v. Portugal*, en el que el Estado luso,



con un buque de guerra, obstaculizó el acceso a sus aguas jurisdiccionales a un barco holandés que organizaba reuniones sobre los derechos reproductivos de la mujer (TEDH, 2009).

Asimismo, vulneran los Estados los derechos de las mujeres en caso de abuso institucional de la objeción de conciencia, al no ser esta absoluta (coexiste la obligación de remitir a la mujer a otro/a facultativo/a o centro) y al no poder impedir el ejercicio efectivo del derecho a interrumpir un embarazo no deseado (según la legislación nacional), aspectos tales que al Estado compete garantizar.

Estas vulneraciones adquieren mayores cotas cuando mediante la actuación estatal se pone en riesgo la vida, integridad o salud de la mujer; *“tanto da que sea la propia continuación del embarazo lo que provoca ese riesgo como el hecho de que, en aras de no dañar al nasciturus, se obligue a la mujer a suspender un tratamiento médico necesario para superar una enfermedad grave”* (Saura, 2015).

Volviendo, no obstante, al reconocimiento de la violencia obstétrica, en contextos de interrupción voluntaria del embarazo, puede detectarse una alusión expresa, aunque ciertamente fragmentaria, en informe de la Relatora especial sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias (ONU, 2019). Así, el mismo reconoce que *“las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva”* (ONU, 2019).

No obstante, comoquiera que se consigna, de forma expresa, que *“la esterilización forzada y el aborto forzado constituyen delito y son sendas formas de violencia de género contra la mujer”*, el reconocimiento de la violencia obstétrica durante la interrupción del embarazo se antoja, ciertamente, insuficiente. En todo caso, el informe reza que para combatir y prevenir el maltrato y la violencia contra la mujer, los Estados deben, entre otros:

*r) Derogar las leyes que penalizan el aborto en todas las circunstancias, eliminar las medidas punitivas para las mujeres que se someten a un aborto, y como mínimo, legalizar el aborto en los casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando seguir adelante con el embarazo suponga un riesgo para la salud física y mental o para la vida de la mujer, y facilitar el acceso a una atención posterior al aborto segura y de calidad.* (ONU, 2019, pp. 25-26).

El mencionado abordaje parcial de la violencia obstétrica ha sido detectado por la literatura (Tobasía-Hege et al., 2019, Bohren et al., 2015). Ciertamente, su prevalencia refrenda su estudio, dado que las investigaciones analizadas por Jardim y Módena (2018), “*apuntan que una en cada cuatro mujeres en Brasil sufrió algún tipo de VO durante la asistencia al parto y mitad de las que abortaron también tenían relato semejante*”.

### **6.3.2. Abordaje internacional de la interrupción del embarazo**

Sorprende, no obstante, la circunstancia de que las citadas vulneraciones de derechos de las mujeres, con ocasión de la interrupción del embarazo, no han sido desconocidas para la comunidad internacional.

Así, ya desde 2005, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas conoció del caso de Karen Noelia Llantoy Huamán (CCPR/C/85/D/1153/2003), de 17 años de edad, y respecto de la cual consideró que Perú había vulnerado los artículos 2, 7, 17 y 24 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A pesar de que a su feto se le había diagnosticado anencefalia, y del riesgo vital que la continuación del embarazo reportaba a la Sra. Llantoy, el director del hospital no consideró que reuniera los requisitos para un aborto terapéutico. La Sra. Llantoy, pues, hubo de dar a luz, tres semanas después de la fecha prevista para el parto, a una niña anencefálica que vivió cuatro días, período durante el cual hubo de amamantarla, y en el que “*tuvo que soportar el dolor de ver a su hija con deformidades evidentes y saber que moriría en muy poco tiempo*” (ONU, 2005).

Asimismo, el CEDAW ha tenido ocasión de pronunciarse sobre esta casuística, dictaminando, también, que Perú violaría los derechos de L.C. establecidos en los artículos 2 c) y f), 3, 5 y 12, junto con el artículo 1, de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW/C/50/D/22/2009) (ONU, 2011).

L.C., habiendo sido víctima de violencia sexual desde los 11 años, que resultaría en un embarazo a los 13, intentó suicidarse arrojándose desde un edificio, diagnosticándosele traumatismo vertebromedular cervical, luxación cervical y sección medular completa. Recomendada cirugía que evitara el agravamiento de la patología, la misma no se llevó a cabo al constatarse que L.C. estaba embarazada. La madre de L.C. solicitó la interrupción del embarazo de su hija, si bien la solicitud fue desestimada. L.C. fue sometida a la intervención

quirúrgica tras sufrir un aborto espontáneo, tres meses y medio después de que la misma se recomendará, quedando paralizada desde el cuello hacia abajo. El CEDAW dictaminaría:

*El Comité considera que, debido a su condición de mujer embarazada, L. C. no tuvo acceso a un procedimiento eficaz y accesible que le permitiese establecer su derecho a los servicios de atención médica que su estado de salud física y mental requería”. (...) La decisión de aplazar la intervención quirúrgica debido al embarazo estuvo influenciada por el estereotipo de que la protección del feto debe prevalecer sobre la salud de la madre. (ONU, 2011).*

De forma similar, el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará y la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, emitieron un comunicado a propósito del caso de Imelda Cortez, privada de libertad por una emergencia obstétrica, exponiendo que las mujeres con complicaciones obstétricas en sus embarazos *“tienen que enfrentar la criminalización por parte del Estado, la violencia institucional y obstétrica por parte de los servicios de salud y la falta de acceso a la justicia en estos casos”* (OEA, MESECVI, ONU, 2018).

No se reducen estos relatos a un concreto hemisferio, resultando de obligatoria mención, en el ámbito europeo, el caso de Mellet c. Irlanda, del que dimanaría Dictamen del Comité de Derechos Humanos (CCPR/C/116/D/2324/2013) (ONU, 2016), que entendió vulnerado el artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Amanda Jane Mellet, tras ser informada de que su bebé presentaba una cardiopatía congénita incompatible con la vida, y de la imposibilidad de someterse a un aborto en Irlanda (que solo admitía intervención de profesionales de salud en abortos espontáneos), se vio obligada a seguir el consejo informal proporcionado por el equipo asistencial, “viajar”. Además, con carácter previo a su traslado al Reino Unido, su médico trató de disuadirla, refiriendo que *“era posible que su hijo no sufriera”*, aunque continuara con el embarazo. La Sra. Mellet se vio obligada a retornar a Irlanda doce horas después de la intervención, toda vez que no recibió apoyo psicológico, reservado a casos de muerte fetal espontánea.

Resulta, pues, indubitado, el conocimiento que, a escala internacional, se tiene de la violencia obstétrica perpetrada contra mujeres con ocasión de la interrupción de su embarazo, tenga este lugar de forma espontánea o voluntaria, y se encuentre motivado por preferencias de la mujer o razones terapéuticas. No obstante, lo es también la variabilidad en el reconocimiento del derecho a poner fin a la gestación, como se evidencia en los casos

analizados. Así, el Código Penal de El Salvador, aprobado por Decreto Legislativo N° 1030, de fecha 26 de abril de 1997 (Diario Oficial N° 105, Tomo N° 335, del 10/06/1997), proscribire y pena toda forma de aborto, en sus artículos 133 a 137; siendo además *“el país que más enrañamiento jurídico ha mostrado hacia las mujeres, donde se llegó al extremo inaudito de condenar a 30 años de prisión a mujeres que tuvieron abortos espontáneos”* (Arguedas, 2020). A su vez, el Código Penal de la República del Perú, aprobado por Decreto Legislativo 635 (D.O. 08/04/1991), regulando el aborto en sus artículos 114 a 120, solo exime de pena al aborto terapéutico.

### **6.3.3. Abordaje nacional de la interrupción del embarazo**

En España, tras la inicial consagración, y larga vigencia, de las denominadas “causas de justificación”, introducidas por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, se aprobó la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que consagra el llamado “sistema de plazos”.

En base a la norma expuesta, se admite la interrupción voluntaria del embarazo a petición de la mujer -hasta las 14 semanas de gestación-, o por motivos médicos, hasta las 22 semanas de gestación -cuando exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, o de graves anomalías en el feto-, o una vez superadas las mismas -cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida o se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico-.

Tampoco dicha ley ha recibido acogida unánime dentro de las fronteras nacionales, pues tras su promulgación se formularían, contra su articulado, dos recursos de inconstitucionalidad, por el Gobierno de Navarra -que desistiera del mismo (TC, 2019)-, y por Diputados del Grupo Parlamentario Popular -aún en trámite (TC, 2010)-.

A mayor abundamiento, recientemente se ha planteado la necesidad de modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, dada *“la existencia de obstáculos que han dificultado el ejercicio efectivo y pleno del conjunto de los derechos sexuales y reproductivos reconocidos en la norma”* (Ministerio de Igualdad, 2021). En lo que a interrupción voluntaria del embarazo se refiere, el mencionado Ministerio cita, como problemas de la legislación actual, la restricción de la capacidad de decisión de las mujeres de 16 y 17 años (tras la reforma operada por Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección

de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo), conflictos en lo atinente a la garantía de accesibilidad, gratuidad y equidad territorial, así como situaciones de acoso que se suceden en las clínicas en las que se realizan las interrupciones.

En consecuencia, recientemente ha sido aprobado el anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Ministerio de Igualdad, 2022).

En lo atinente a las citadas situaciones de acoso, conviene la mención de la reciente Ley Orgánica 4/2022, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, para penalizar el acoso a las mujeres que acuden a clínicas para la interrupción voluntaria del embarazo.

Mediante la introducción del artículo 172 quater, en el Capítulo sobre las coacciones, se persigue “*garantizar la intimidad de las mujeres, su libertad y seguridad física y moral, así como su derecho a la libre circulación y de este modo garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*”, habida cuenta de la constante que ha supuesto, el acoso a centros sanitarios en que se practican interrupciones voluntarias del embarazo, y que data de 1985, con la despenalización originaria del aborto. No obstante, el análisis pormenorizado de este precepto, y solución legislativa, en general, se efectuará en momento ulterior.

#### ***6.3.4. Incipiente estudio doctrinal de la violencia obstétrica con ocasión de la interrupción del embarazo***

Cierto sector doctrinal, aunque no tan amplio como cabría esperar, y que vuelve a ahondar sus raíces en Latinoamérica, ha emprendido un análisis pormenorizado de la violencia obstétrica producida durante la interrupción voluntaria del embarazo.

Arguedas, ya desde 2014 apuntaba que “*el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer*”. Postula que la autoridad para someter a las mujeres se ha distribuido a través de instituciones sociales y estatales, entre las que se encuentra la institución médica, que se vale del poder obstétrico, “*una forma de poder disciplinario que identifica y atiende la jerarquía de género, enraizada en la autoridad del paterfamilias*” (Arguedas, 2020). El mismo se ejerce, además, con un acento pastoral, de tal forma que además del control epistemológico y físico, también se intenta ejercer un control moral sobre la mujer (Arguedas, 2020).

Tamayo et al. (2015), a través de su obra, bajo la rúbrica “Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia”, consideran que a la interrupción voluntaria del embarazo le resultan ínsitas una serie de agravantes que aumentan la intensidad y consecuencias de las prácticas violentas, *“empezando por la evidente invisibilización en el discurso público, académico y legislativo del aborto inducido como uno de los eventos obstétricos en los que la mujer puede ser víctima de violencia obstétrica”*.

Las prácticas que, con ocasión de la interrupción del embarazo, constituyen vulneraciones de los derechos de la mujer, abarcan las siguientes:

1.- Cuidado no confidente, que incluye referirse a la mujer en público con calificativos estigmatizantes, haciendo alusión a su decisión de forma peyorativa (“la del aborto”), o no ofrecer privacidad para la consulta y el examen físico.

2.- Cuidado no digno/discriminación: No asesorar a la mujer sobre sus derechos, negarle información veraz, retrasar la atención y la intervención, retrasar o no asignar cama, acomodarla con fines “aleccionadores” junto a madres con sus recién nacidos, entre otros.

3.- Cuidado sub-óptimo: Incluye el uso de tecnologías inadecuadas u obsoletas, como el legrado cortante en lugar de aspiración endouterina.

4.- Abuso físico: Conlleva el manejo insuficiente o no manejo del dolor

5.- Abuso psicológico: Abarca amenazar, acusar, culpabilizar, humillar, revictimizar, y tratar de cambiar la decisión de la mujer (Tamayo et al., 2015).

De forma similar, Fernández (2015) narra casos de profesionales sanitarios que, por razones ideológicas, ocultan malformaciones graves en los fetos; y mujeres que han tenido que recorrer 600 kilómetros para poder abortar, o que tras solicitar el anticonceptivo de emergencia, o acudir a servicios sanitarios por aborto natural, deben realizarse un test de embarazo, cuando quienes padecen alergias solo han de mencionarlo para que ello se incorpore en su historia clínica; en modo alguno, acreditarlo.

Además, debe tenerse en cuenta la trascendencia de un elemento idiosincrásico en la interrupción del embarazo, el constructo social acerca de la maternidad:

*El juzgamiento hacia la mujer que decide no asumir la maternidad se suma como un potenciador al resto de factores que normalmente juegan un rol en el ejercicio de la violencia hacia las mujeres en durante el parto, con el agravante de que el estigma y la alienación experimentadas por la mujer que aborta, terminan en muchas ocasiones convencéndola de que*

*es merecedora del maltrato y por lo tanto no lo reconoce como tal, o lo justifica, imposibilitando así la exigencia del respeto a sus derechos.* (Tamayo et al., 2015, 23–24)

Arguedas (2020) postula que la penalización absoluta del aborto, o bien la deliberada obstaculización de su práctica, cuando el mismo es legal, carecen de asidero jurídico dentro del derecho internacional de los derechos humanos, toda vez que constituyen una obstaculización arbitraria de los derechos de las mujeres.

Además, partiendo de la noción de femicidio elaborada por Jill Radford y Diana Russell, expone:

*El acto más feroz de disciplinamiento físico, epistemológico y moral que puede ejecutarse desde el poder obstétrico-pastoral, es el femicidio. Dejar morir a una mujer gestante, que está enferma, y que, para preservar su salud o su vida, requiere la intervención médica para terminar con ese embarazo, debe ser catalogado como un crimen sexista. La mujer que muere porque se le impone, dentro de la institución sanitaria, el martirologio de la maternidad sacrificial es una mujer que ha sido asesinada. La impunidad de estos crímenes es el signo hiperbólico del poder obstétrico* (Arguedas, 2020, p. 96).

El femicidio, pues, surge en aquellos casos en que la imposibilidad de llevar a cabo la interrupción del embarazo, por criminalización del aborto terapéutico u obstaculización del aborto legal, ocasiona la muerte de la mujer. Pues “*si una mujer no quiere aceptar ese destino de negación de sí misma, reciba un castigo social ejemplarizante, expresado a través de violentas formas de ejercicio del poder obstétrico*”, en definitiva, “*se le dejó morir en razón de prejuicios y estereotipos de género asociados con la idea de maternidad y de deber ser de la mujer en una sociedad conservadora y patriarcal*” (Arguedas, 2020).

Y es este un femicidio de Estado, razona, de tal manera que este ha de responder conjuntamente con los individuos que lo perpetraron, pues tanto la criminalización (ilegalización) y deliberada obstaculización del personal médico son actos ejecutados en el ámbito público. “*Si el Estado lo permitió, entonces es cómplice*” (Arguedas, 2020).

### **6.3.5. Conclusión. Necesidad de complemento de la noción de violencia obstétrica.**

#### ***Mención y abordaje expresos a supuestos de interrupción del embarazo***

Es la variabilidad suma, en el reconocimiento legal de la interrupción del embarazo, lo que quizás determina la reticencia a su inclusión expresa en la noción de violencia obstétrica. Pareciera que, a fin de obtener una protección efectiva en las labores de atención al embarazo y parto, deliberadamente se disocian, de la noción de violencia obstétrica, los atentados perpetrados contra los derechos de la mujer con ocasión de la interrupción de su gestación. Una suerte de reduccionismo terminológico por razones populistas.

No obstante, como se ha mencionado, la comunidad internacional no es desconocedora de supuestos constitutivos de violencia obstétrica durante la interrupción del embarazo, hasta el punto de que la ONU, aún de forma algo comedida, ha llegado a establecer que la misma se predica de otras formas de atención a la salud sexual y reproductiva distintas del parto, y comprensivas, entre otras, del aborto.

Además, el supuesto de hecho es notoriamente similar a aquél tradicional de la violencia obstétrica, como evidencia la doctrina. Pues abarca la obstaculización del ejercicio del derecho, pero también conductas, ya descritas, que son sumamente semejantes a las que pueden predicarse de la violencia obstétrica con ocasión de la atención al parto. Conductas que, en definitiva, constituyen una apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, perpetrada por el personal de salud, y que arroja testimonios igual de sobrecogedores. Redondo (2021) relata:

*Después de una ecografía vaginal, llegó la frase: no hay latido. "En ese momento tampoco era consciente de lo que significaban esas palabras. Le pregunté a la ginecóloga qué significaba y ella me repitió lo mismo, 'pues que no hay latido". Le volví a preguntar y me dijo "no hay latido, el niño está muerto. Está muer-to, muer-to. Cómo quieres que te lo explique".*  
(Redondo, 2021)

En consecuencia, en aras del logro de la dispensa de una asistencia sanitaria respetuosa con los derechos humanos de la mujer, la inclusión expresa, en el concepto de violencia obstétrica, de la interrupción del embarazo -voluntaria o no- deviene obligatoria. Y ello ha de ser así, no solo porque la interrupción del embarazo constituye el otro posible resultado de la gestación -al que todas somos susceptibles-, sino porque puede llegar a



incorporar atentados contra los derechos de las mujeres de una entidad tal -determinantes, incluso, del fin de su vida- que no se explica la mera remisión a su inferencia o deducción.

Además, por los argumentos antes expuestos respecto de la violencia obstétrica en su concepción tradicional, constituye una manifestación de la violencia de género que, si cabe, podría recrudecerse aún más que la violencia infligida ante un embarazo llevado a término. Y es que, si bien la aceptación de la maternidad es pacífica, su cuestionamiento o rehúse son coartados o impedidos con esperpéntica asiduidad, valiéndose de falacias naturalistas. Ya lo apreciaría Comité de Derechos Humanos en el citado caso *Mellet c. Irlanda*, al exponer:

*7.10 El Comité observa que, en virtud del régimen jurídico del Estado parte, las mujeres embarazadas cuyo feto presenta una malformación incompatible con la vida y que no obstante deciden llevar la gestación a término siguen recibiendo la protección plena del sistema público de atención de salud. (...) En cambio, las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no viable deben sufragarlo con sus propios recursos económicos, totalmente al margen del sistema público de atención de la salud. Se les niega la cobertura del seguro médico para ese fin, deben viajar al extranjero a sus expensas para que se les practique el aborto y asumir las cargas financieras, psicológicas y físicas derivadas del viaje, y se les niega la atención médica tras la interrupción del embarazo y el apoyo psicológico para hacer frente al duelo que necesitan.*

*7. 11 (...) El Comité toma nota de la afirmación de la autora de que la penalización del aborto en el Estado parte la sometió a un estereotipo basado en el género sobre la función reproductiva de la mujer principalmente como madre, y que al estereotiparla como instrumento reproductivo se la sometió a discriminación. El Comité considera que la diferenciación de trato de que fue objeto la autora en relación con otras mujeres en situaciones similares no tuvo debidamente en cuenta sus necesidades médicas y sus circunstancias socioeconómicas ni cumplió los requisitos de razonabilidad, objetividad y legitimidad del propósito de tal diferenciación (ONU, 2016, p. 18).*

De igual forma, resulta particularmente ilustrativa la exposición realizada por el Comité de Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa (2019), cuyo informe es del siguiente tenor:

*38. Deciding not to have children may be a choice and is described by some as emancipation. Nevertheless, young women who have not had children face many difficulties, or even refusals, if they wish to be sterilised. Doctors send them to psychologists and tell them that they may subsequently regret this choice. Sterilisation is rarely practised in Europe, whereas it is common in North America and India, for example. The decision not to have children is not considered final and for many women is met with platitudes such as maternal instinct, the*

*biological clock or the desire for a child at a later stage. Women having made this choice are misunderstood and stigmatised in our societies. Despite years of progress in the gender equality field, women, whatever positions they hold, continue to be regarded in terms of their potential future role as mothers. It seems that the medical establishment, like society in general, finds it hard to accept that a woman may choose to live her life without children, whatever the reason* (Consejo de Europa, 2019, p. 10).

En definitiva, si asistimos al logro del consenso en torno a la existencia del fenómeno de la violencia obstétrica, su idónea denominación y su consideración como manifestación de la violencia de género pero, por contra, partiendo de una visión restringida de la realidad del embarazo, se omite la mención expresa de la interrupción voluntaria del mismo, abocando a las mujeres a continuadas y palmarias vulneraciones de sus derechos humanos, haremos bien en citar a Pirro. Pues otra victoria como esta, y volveremos, solas, a casa.

## **7. ABORDAJE JURÍDICO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

### **7.1. Evolución histórica de la violencia obstétrica en España**

#### **7.1.1. Atención al embarazo y parto. Orígenes del tratamiento**

La violencia obstétrica, por la ubicuidad que pareciera serle inherente, no es ajena al ámbito ginecológico y obstétrico español.

Torres da cuenta, en 1727, de las prácticas violentas que comportaban los partos asistidos por comadrones:

*Ésos que van arrastrados de aquel coche son vendimiadores de vientres, pasteleros de úteros, segadores de menstruos, hurones de pocilgas humanas y buzos de orines, que empujando vaginas y haciendo allá a las tubas falopianas, entran a chapuzo por los que se anegan en la profundidad de los riñones. (...) Rateros de la herramienta del parir, que han hurtado a las comadres sus trebejos y se han alzado con su oficio (...) Últimamente, éstos son sacaniños como sacamuelas* (Torres, 1727, p.23)

Similares denuncias emprendería la matrona Carmen Barrenechea Alcain, con su obra dirigida “*Al Excmo. Ayuntamiento de la Ciudad de la Muerte y de los comadrones*” (Ruiz, 2014). Aún así, la apropiación de los cuerpos y procesos reproductivos de las mujeres por personal sanitario, dentro de las fronteras españolas, continúa incesante.

Ya en 2006, el Defensor del Pueblo, en su informe anual, expone que se han iniciado investigaciones de oficio en relación con los partos naturales no medicalizados, entre otros, tendentes a implantar protocolos clínicos en todas las Comunidades Autónomas, así como formación especializada para profesionales.

El alto comisionado de las Cortes Generales, pues, comienza a hacerse eco del reclamo social en torno a la falta de respeto y excesiva medicalización del parto, y que se vehiculiza, entre otros, mediante la asociación “El Parto es Nuestro”. Esta surge en 2003, a partir de una lista de distribución de correo llamada “Apoyocesáreas”, creada para compartir experiencias de parto, así como el dolor físico y psicológico que las intervenciones obstétricas habían reportado (Fernández, 2020), y adquiere forma asociativa en 2004, persiguiendo “*mejorar las condiciones de atención a madres e hijos/as durante el embarazo, parto y posparto*” (El Parto es Nuestro, 2018). Para cumplir sus fines, la asociación comenzó con recogidas de testimonios, redacción de cartas y propuestas a la Administración, hospitales y políticos/as, elaboración de estadísticas, participación en el corto “Por tu bien”, de Icíar Bollaín, etcétera (Fernández, 2021).

La anterior reivindicación social, acogida ya en el ámbito institucional, cristaliza en documentos que persiguen la garantía del respeto de los derechos de la mujer. De forma pionera, Cataluña publica, en marzo de 2007, el “Protocolo para la asistencia natural al parto normal”, que persigue ofrecer la atención al parto respetando el proceso fisiológico, con mínima intervención obstétrica, favorecer la implicación de los profesionales -suministrando información y apoyo- y facilitar la toma de decisiones de las mujeres.

Destaca, en particular, su apartado 7.2, destinado al denominado “plan de nacimiento”, y que es del siguiente tenor:

*El modelo de documento que se presenta (anexo 2) se debe facilitar a la mujer en la visita de control prenatal, en torno a las 32 semanas. La mujer lo puede rellenar en su casa con su pareja o familia. (...) En el momento de escoger las opciones de este documento, debe valorarse esmeradamente qué hay que conocer previamente y tener en cuenta la oferta real de cada uno de los hospitales públicos de Cataluña. La mujer puede señalar tantas opciones como desee según las expectativas que tenga del parto. En la visita siguiente puede llevar el documento a la matrona del CAP, a la cual podrá pedir información sobre algunos aspectos; en otros casos, lo puede llevar directamente al hospital (Generalitat de Catalunya Departament de Salut, 2007, pp.13-14).*

El anexo permite a la mujer elegir sus preferencias en cuestiones tales como acompañantes, espacio físico, procedimientos (enemas, afeitado de pubis, deambulaci3n, etc), monitorizaci3n fetal, alivio del dolor, y otras durante el per3odo de dilataci3n, de expuls3n, despu3s del parto y lactancia.

En noviembre de id3ntico a3o se publica, por el Ministerio de Sanidad, el documento “Estrategia de atenci3n al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”. Aboga por la informaci3n como medio para lograr el empoderamiento de las mujeres, que permite vivir su proceso de parto como protagonistas del mismo, as3 como por *“respetar las decisiones que tome la mujer acerca de las actuaciones de su parto (por ejemplo, del plan de parto y nacimiento elaborado durante el embarazo) dentro del marco de seguridad y calidad en su atenci3n”* (Ministerio de Sanidad, 2007)

Siguiendo esta tendencia garantista y protectora de los derechos de la mujer, se celebran los Foros de Mujeres, Salud y G3nero, en los que se abordan cuestiones sobre la atenci3n al nacimiento, toda vez que, en el a3o 2010, el Ministerio de Sanidad y Pol3tica Social publica la Gu3a de Pr3ctica Cl3nica sobre la Atenci3n al Parto Normal.

Incluso comienza a visibilizarse la violencia obst3trica y la necesidad de su erradicaci3n, a trav3s, entre otros, del proyecto de investigaci3n 2016ACUP 083, “Prevenci3n y abordaje de las violencias de g3nero durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obst3trica”.

En 2015, adem3s, se crea el Observatorio de Violencia Obst3trica, vinculado a El Parto es Nuestro, y tras 2019, configurado como entidad asociativa con personalidad jur3dica propia, un organismo multidisciplinar cuyo fin es *“denunciar p3blicamente la incidencia de las pr3cticas que constituyen este tipo de violencia, de la que no s3lo son v3ctimas las mujeres, sino tambi3n quienes las rodean y los y las profesionales dedicados a la salud”* (El Parto es Nuestro, 2015).

### **7.1.2. Insuficiencia de la asistencia sanitaria española. CEDAW/C/75/D/138/2018.**

Las iniciativas reseñadas se revelaron insuficientes para el completo logro de los fines perseguidos, como se pusiera de manifiesto en el seno de la comunidad internacional.

La CEDAW ya había tenido ocasión de pronunciarse sobre la protección que el Reino de España dispensa a las mujeres. Lo hizo en su Dictamen CEDAW/C/58/D/47/2012, en el que consideró que el Estado había vulnerado el Convenio para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer al no arbitrar mecanismo de protección para la Sra. González Carreño frente a su pareja, que acabó asesinando a su hija en común (CEDAW, 2014).

Menos de diez años después de este pronunciamiento, se impone una nueva condena; esta vez, a propósito de las condiciones en que el Estado permite que se asista al proceso de embarazo y parto.

En su Dictamen CEDAW/C/75/D/138/2018, el organismo internacional conoce del caso de S.F.M. que en sus últimas semanas de embarazo acudió a un hospital público, para recibir orientación sobre molestias padecidas. En el centro sanitario, no obstante, se cursó su ingreso, sin proporcionársele información alguna, ni recabar su consentimiento, tras lo que se le practicaron hasta un total de diez tactos vaginales de forma innecesaria, se le administró oxitocina y se restringió su libertad de movimientos, todo ello, sin permitir el acompañamiento de su pareja. Finalmente, se le practicó una episiotomía, se extrajo a su hija con instrumental de ventosas, y se extrajo la placenta de forma manual

Comoquiera que su hija padecía infección por la bacteria E.coli, S.F.M. se vio imposibilitada para verla el día de su nacimiento, permitiéndosele visitarla en los días sucesivos, durante 15 minutos cada 3 horas, y sin posibilidad de amamantarla.

En la vía jurisdiccional española, las acciones iniciadas por S.F.M. se vieron desestimadas, pues los juzgadores y las juzgadas estimaron que compete al personal facultativo la ponderación de las concretas actuaciones clínicas que en cada momento se revelan como recomendables (como la episiotomía), y que resultaba “*perfectamente comprensible*” que el padre no pudiera encontrarse presente en el momento del parto. Además, lo acaecido fue reputado sin trascendencia especial constitucional, por lo que el recurso de amparo fue inadmitido por el Tribunal Constitucional.

La CEDAW, por contra, describe lo sucedido como “*violencia obstétrica*”, entendiéndola integrada en la violencia basada en el género, y declara la violación de los derechos de S.F.M. previstos en los artículos 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención, consignando expresamente:

*En el presente caso, el Comité observa que existía una alternativa a la situación vivida por la autora, dado que su embarazo se desarrolló normalmente y sin complicaciones, que no había emergencia cuando llegó al hospital, pero que, sin embargo, desde su ingreso fue sometida a numerosas intervenciones sin que haya recibido explicaciones al respecto y sin que se le haya permitido opinar al respecto. Además, el Comité observa que las autoridades administrativas y judiciales del Estado parte aplicaron nociones estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir que es el médico quien decide realizar o no la episiotomía, al afirmar sin proporcionar explicación alguna al respecto que era “perfectamente comprensible” que el padre no pudiera estar presente en el parto instrumental, al asumir que las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de “mera percepción”, pero que sí mostraron empatía hacia el padre cuando declaró haberse visto privado de relaciones sexuales coitales durante dos años. (CEDAW, 2020, p. 15)*

El antedicho Dictamen recomienda, al Estado español, que proceda a la reparación apropiada a S.F.M., así como asegure los derechos de la mujer a una maternidad sin riesgo, realice estudios sobre la violencia obstétrica que la visibilicen, proporcione capacitación a los profesionales de la salud y judiciales, y asegure el acceso a recursos eficaces en los casos en que los derechos de salud reproductiva hayan sido violados.

No obstante, la vinculatoriedad de los dictámenes de la CEDAW solo fue expresamente ratificada por el Tribunal Supremo en su Sentencia núm. 2747/2018, de 17 de julio, a instancias de la Sra. González Carreño, cuya reparación no se había hecho efectiva. Además, afirma el Alto Tribunal que el dictamen se erige como presupuesto para la formulación de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por funcionamiento anormal de la Administración de Justicia, lo que sin embargo aboca, a quien agotara los recursos jurisdiccionales internos de España y acudiera a la CEDAW, a dar inicio a un nuevo procedimiento administrativo. Una burocracia inacabable que empeciendo, más que materializando, la protección de un derecho, pareciera hermana de El Castillo kafkiano.

## **7.2. Abordaje jurídico de la violencia obstétrica. Enfoque vigente**

### **7.2.1. Coexistencia de sectores jurídicos competentes**

Hasta fechas relativamente recientes, la necesidad de la integración expresa de la violencia obstétrica, en el ordenamiento jurídico español, no se había puesto de manifiesto.

En efecto, el abordaje jurídico que, de este fenómeno, se efectuara, era y es genérico: no existiendo regulación específica de la violencia obstétrica, quedaría integrada en las disposiciones generales existentes en los sectores jurídicos administrativo, penal y civil. Como consecuencia de esta múltiple implicación de sectores jurídicos, se alumbran una miríada de resoluciones judiciales que, de una forma un tanto anárquica, integran un corpus jurisprudencial sumamente complejo, regulador de los derechos que se hallan imbricados en el embarazo y parto.

De esta forma, la regulación de la asistencia sanitaria, y dentro de ella, la atención de los procesos de embarazo, interrupción del mismo y parto, se encomienda a la normativa constituyente del denominado Derecho Sanitario. Comprende a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, etcétera.

El orden jurisdiccional contencioso-administrativo, en consecuencia, ha conocido, entre otras, de acciones de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 106.2 de la Constitución Española, así como en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Por ejemplo, la Sentencia núm. 2289/2016, de 25 de mayo, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, casa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que considera realiza una errónea valoración de la prueba que conduce a un resultado ilógico, la corrección de la *lex artis*, *“pues cabe constatarla pérdida de oportunidad para el feto al haberse omitido una conducta terapéutica, la cesárea*

*inmediata, que estaba indicada, y que hubiera conducido muy probablemente a un resultado distinto y menos adverso” (STS, 2016).*

En el ámbito civil, resultan de aplicación las normas relativas a las obligaciones que, dimanantes de contratos, rijan la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito privado, y que se defieren a los artículos 1088 y siguientes del Código Civil -en particular, 1101 y 1104-, así como a los artículos 1902 y siguientes de dicha norma, respecto de la responsabilidad civil extracontractual.

De esta manera, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, en su Sentencia núm. 3247/2013, de 18 de junio, resolvió sobre la asistencia ginecológico-obstétrica privada dispensada por un facultativo, que dimanó en asfixia intraparto del feto y una encefalopatía hipoxico-isquémica causante de una parálisis cerebral severa, estableciendo que lo que no puede hacer el médico o médica es *“incrementar de forma innecesaria e inadecuada los riesgos que en sí mismo tiene el acto médico y hacer partícipe de los mismos a la paciente sin una previa y detallada información y consentimiento expreso de esta, cuando era posible hacerlo” (STS, 2013).*

Finalmente, el sector penal, por su carácter de *ultima ratio*, es conocedor de los atentados contra los bienes jurídicos que mayor gravedad revisten. Las manifestaciones del fenómeno de la violencia obstétrica pueden tener encaje en los supuestos de hecho que informan a los delitos de homicidio (artículos 138 y siguientes del Código Penal), lesiones (artículos 147 y siguientes), lesiones al feto (artículos 157 y 158) y torturas y otros delitos contra la integridad moral (artículos 173 y siguientes). A lo anterior ha de unirse la consideración de las circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal, prevenidas en el artículo 22.2 y 4 del texto legal, a saber: ejecutar el hecho con abuso de superioridad o aprovechando las circunstancias de lugar, tiempo o auxilio de otras personas que debiliten la defensa del ofendido o faciliten la impunidad del delincuente; y cometer el delito por otra clase de discriminación referente al sexo, o razones de género, entre otras.

La jurisprudencia antedicha, no obstante, no se restringe al personal sanitario, como se desprende de lo dispuesto en Sentencia del Tribunal Supremo núm. 123/2018, de 25 de enero, que ratificó la condena, por un delito de asesinato, a un padre que, habiendo decidido, junto con su pareja, dar a luz en su domicilio, no proporcionó cuidado alguno al bebé tras su nacimiento, hasta que esta finalmente falleció (STS, 2018).



### **7.2.2. Construcción jurisprudencial de la atención al embarazo y el parto.**

Esta participación cumulativa, de sectores jurídicos de toda índole, ha ido fijando criterios que coadyuvan a determinar qué puede entenderse conforme a Derecho en la asistencia sanitaria ginecológica y obstétrica.

Así, por ejemplo la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo núm. 7400/2012, de 20 de noviembre, afirma que el embarazo y parto no se sustraen de la aplicación de las disposiciones contenidas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, si bien sus características especiales los configuran como un acto médico con singular naturaleza:

*También, es cierto que las futuras madres pueden mostrar ciertas preferencias en cómo se va a desarrollar el acto del alumbramiento pero no lo es menos que el mismo está sujeto a las previsiones de garantizar la salud tanto para la madre como para el hijo en los mejores y mayores porcentajes posibles. Por ello, ese acto de información y consentimiento previo ha de situarse respecto a las posibles complicaciones que pueden manifestarse en esos momentos y que han de determinar por parte de los profesionales médicos asistentes la posibilidad de adopción de las decisiones médicas adecuadas y acordes a los síntomas e indicios que se van produciendo. (STS, 2012).*

La Sentencia núm. 12122/2009, de 20 de octubre, del TSJ de Madrid, ahondaría en la suficiencia del consentimiento informado, en caso de un modelo genérico, en el que, obviando toda mención a la episiotomía, se consigna que “*si durante este proceso surgiera la necesidad de tener que utilizar alguna otra técnica o procedimiento, así como administrar una transfusión sanguínea, autorizo a estos equipos médicos a realizarlo*”:

*La información incide decisivamente en el derecho de autodeterminación del paciente, de modo que el cumplimiento de dicha exigencia resulta imprescindible para la asunción del riesgo por el interesado y para que venga jurídicamente obligado a soportar el daño. La jurisprudencia ha conferido a la falta de consentimiento informado del paciente o sus representantes el carácter de causa determinante de la prestación sanitaria inadecuada apta para originar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (...). Sin duda, el impreso que fue suscrito por la recurrente no obedecía a la finalidad que asignan al consentimiento informado tanto el Derecho positivo como la jurisprudencia. La información que contiene es absolutamente genérica y omite un acto quirúrgico como la episiotomía que, si bien no se efectúa de forma rutinaria, sí en la mayoría de los partos, tal como se expresa en el informe del perito judicial. Concurren, así pues, los requisitos necesarios para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por falta de consentimiento informado (TSJ, 2009, p. 4).*

A su vez, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Alto Tribunal, en su Sentencia núm. 4119/2010, de 2 de julio, ha tenido ocasión de manifestarse sobre la necesidad de prestación de consentimiento informado, en casos de parto natural inminente. Razona el Tribunal lo siguiente:

*Así se indica en la sentencia de instancia en su fundamento jurídico octavo: "En las circunstancias en que estaba la gestante resultaba ilógico recabar el consentimiento informado, ya que se trataba de proseguir con el proceso de parto ya iniciado, en cuya gestación necesariamente había sido atendida e informada". Ningún reproche puede hacerse a este razonamiento pues como es obvio el proceso del parto, cuando es inminente e inevitable, constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar el curso de los acontecimientos. Otra cosa es que se utilizaran medios extraordinarios para facilitar el parto, como podría ser la técnica de la cesárea, en cuyo caso, salvo razones de urgencia, sí debe recabarse el consentimiento informado de la paciente, pero no es ésta la circunstancia que aquí aconteció. El motivo debe ser desestimado. (TS, 2010, pp. 4 – 5).*

La autonomía de las gestantes también ha sido abordada, en el sentido opuesto, en la Sentencia núm. 120/2020, de 11 de febrero, del TSJ de Asturias. Conoce del caso de una mujer embarazada que, habiendo decidido dar a luz a su domicilio, acudió a control médico en la semana 42 de gestación, sugiriéndosele la inducción del parto, por riesgo de hipoxia fetal y muerte fetal intrauterina de no alumbrar en el hospital. Comoquiera que la misma no causó ingreso (según refirió, al no encontrar a nadie en la sala de monitorización, y pensar que no existía riesgo inminente), el hospital interesó, y la jueza autorizó, el ingreso forzoso de la mujer, en el centro sanitario, para alumbramiento. Dice la Sentencia de apelación:

*Este relato de los hechos confirma la conclusiones sustantivas y jurídicas de la sentencia apelada sobre el parto hospitalario para poner fin a una gestación prolongada, siendo este medio el adecuado y proporcionado para el manejo expectante de la gestación y solución de los problemas del parto, que por los factores reseñados eran riesgos previsibles y razonables. En esta situación no están acreditados que los servicios públicos de la salud optaran por la inducción del parto y con ello se privara a los padres de sus derechos de elección entre otras alternativas posibles como el parto domiciliario con la asistencia sanitaria de una comadrona contratada al efecto y que había controlado el embarazo, pues por el momento de la actuación del servicio público de salud, las condiciones de la gestante y la evolución del estado embarazo no fue factible otra solución que la intervención de acuerdo con la fuerza y evidencia de los hechos (STSJA, 2020)*

La incuestionable controversia de esta decisión derivaría en la interposición de un recurso de amparo, que por su trascendencia será resuelto por el Tribunal Constitucional en pleno (Cereijido, 2022).

Finalmente, hasta la fecha, la única Sentencia que contiene la mención expresa a la locución “violencia obstétrica” lo constituye la núm. 1485/2021, de 13 de julio, dictada por el TSJ de Murcia, y que únicamente la transcribe, en su fundamento de Derecho primero, al reproducir las alegaciones de la parte demandante, que refiere *“vulneración del principio de autonomía de las personas pacientes y usuarias, el principio de legalidad y aumento de la violencia obstétrica”*.

### **7.3. Nueva tesis sobre la regulación de la violencia obstétrica. Derecho Penal.**

#### **7.3.1. Tipificación de la violencia obstétrica en el ámbito internacional. Inidoneidad**

La técnica legislativa que, de forma primigenia, abordara la regulación de la violencia obstétrica, apostaría por su identificación como tipo de lo injusto, como antes se señalara.

Constituye esta una solución jurídica que ha obtenido el respaldo de parte de la doctrina, que aboga porque el comportamiento “de cuidado” que, de forma intencionada, es abusivo, irrespetuoso y violento sea identificado como violencia obstétrica, a través de la consagración legislativa de un tipo de lo injusto centrado en la mujer (Pickles, 2015).

El recurso a un Derecho Penal excepcional, con la introducción del delito específico de la violencia obstétrica, Herrera (2020) aduce es una decisión legislativa razonable, dada la gravedad y la extraordinaria persistencia de la violencia obstétrica en el tiempo como problema social.

Borges (2018), propone importar el concepto de violencia obstétrica venezolano y argentino, a Estados Unidos, aunque restringiéndolo a los procedimientos impuestos y no consentidos, para a continuación desarrollar un régimen de responsabilidad criminal y civil que resuelva las insuficiencias del sistema legal americano. Además, añade: *“Even in absence of prosecutorial interest in charging physicians, criminalization might be helpful in shifting the public perception of coerced procedures”*.

Además de los razonamientos expuestos, debe tenerse en cuenta, como apunta Herrera (2020), que la tipificación de la violencia obstétrica se erige como una obligación impuesta por el Derecho Internacional en materia de derechos humanos, pues *“la lectura más literal de estos instrumentos internacionales no solo exige la criminalización de acciones que discriminan o implican violencia contra las mujeres, también exigen la creación de delitos y procedimientos judiciales eficaces”*.

No es esta una tesis infundada, pues *ex artículo 2, inciso b)*, de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979), los Estados partes se obligan a *“adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otros carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer”*.

De manera similar lo contempla la Recomendación general n.º 35, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (ONU, 2017), que sugiere, como medidas legislativas a aplicar por los Estados, velar por que todas las formas de violencia por razón de género contra la mujer, en la totalidad de esferas que constituyan una violación de su integridad física, sexual o psicológica sean tipificadas como delito e introducir, sin demora, o reforzar, sanciones legales proporcionales a la gravedad del delito, así como recursos civiles.

Finalmente, de forma, si cabe, más expresa, lo preceptúa el informe del Comité de Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa (2019), que reza:

*Legal provisions penalising obstetrical and gynaecological violence are not yet widespread. We should therefore be pressing for the drawing up of such provisions. Medical associations should introduce penalty systems for doctors who fail to behave respectfully towards their patients. Similarly, sexist remarks and attitudes among caregivers should be clearly prohibited and punished, as they should in all professions.* (Consejo de Europa, 2019, p. 15)

No obstante la loable labor comenzada por ordenamientos jurídicos latinoamericanos, y la verosimilitud de los argumentos doctrinales en su favor, la revisión ulterior de la aplicación de estos preceptos penales ha revelado que, el fin último perseguido mediante la tipificación, dista mucho de ser asequible mediante esta técnica, que pudiera no ser la idónea para la erradicación de la violencia obstétrica. Ello se evidencia a través del estudio de las experiencias venezolana, argentina y mexicana, que otro sector doctrinal esgrime para desaconsejar el recurso a la vía penal.

Díaz y Fernández (2018), al analizar la situación fáctica de la violencia obstétrica de tales Estados, llegan a la conclusión de que en todos ellos son escasos los estudios científicos, pero aún así evidencian la persistencia de la prevalencia del fenómeno. Respecto del caso argentino, exponen que las iniciativas normativas y de políticas públicas tendentes a erradicar la violencia obstétrica y asegurar un parto humanizado no han logrado fisurar una cultura organizacional que violenta los derechos de las mujeres, sus hijos/as y familias, ni ha variado las rutinas mecanizadas, acríticas y centradas en prácticas instrumentales que son contrarias a las guías internacionales y nacionales.

En lo atinente a la realidad venezolana, destacan el desconocimiento para la identificación de la violencia obstétrica (por mujeres y personal de salud), los mecanismos para su denuncia e instituciones de apoyo. Ello viene adverbado por Alfonzo y Nohelia (2016), que en su análisis de la violencia obstétrica en Aragua, Venezuela, manifiestan que resulta llamativo que, habiéndose encontrado el tipo penal vigente durante cinco años en el momento del estudio, únicamente cuenten registrados, en la región, siete casos de violencia obstétrica.

Señalan que el tipo de lo injusto es amplio e impreciso, ocasionando vacíos que se traducen en impunidad, y que la redacción de ciertas conductas punibles (como la imposición de la posición supina), por las condiciones de la asistencia sanitaria venezolana (carente de medios que posibiliten el parto vertical), ocasionaría la sistemática perpetración del delito.

El Grupo de Información de Reproducción Elegida critica frontalmente la tipificación mexicana de la violencia obstétrica, pues aduce que en un país desbordado por la demanda, y en el que la inversión en salud es baja, puede generar más problemáticas, no proteger a las mujeres:

*La respuesta no radica en engrosar cada vez mas los códigos penales creando más tipos penales en un intento de resolver todo conflicto; la autoridad no puede considerar que tipificando la violencia obstétrica se resuelven apremiantes situaciones que tendrían que solucionarse desde el terreno de la política publica en materia de salud, incluyendo la parte presupuestal, y el reforzamiento del marco normativo y de derechos humanos para la atención obstétrica. (GIRE, 2015).*

Corral-Manzano (2019), a propósito del delito veracruzano, concluye que en siete años de vigencia constan solo seis denuncias respecto al mismo, ninguna de las cuales derivó en ejercicio de acción penal, lo cual *“solo nos permite determinar que, sencillamente, el hecho de que se encuentre previsto en el código penal el ilícito no garantiza de ninguna*

*forma la sanción al mismo*". Asimismo, critica que la violencia institucional, que se debería contemplar respecto de la violencia obstétrica, no forma parte del tipo delictivo, resultando que *"no debería ser penalmente responsable (el facultativo o la facultativa) si la institución no le brinda las herramientas adecuadas"*.

Villanueva et al. (2016), a su vez, coinciden con estas líneas expositivas, añadiendo, respecto de las legislaciones penales mexicanas, que *"preocupa el hecho de que algunos párrafos de estas leyes relativos a la definición de violencia obstétrica contengan elementos discursivos de proclama política difíciles de traducir en formas jurídicas"*. Como refiere Corral-Manzano (2018), las legislaciones únicamente actúan como referente de respeto de las exigencias, a nivel internacional, de reglamentar o adoptar las medidas establecidas en los tratados, pues, no siendo acordes a las políticas públicas que debieran acompañarlas, se tornan inaplicables.

De esta exposición doctrinal se desprende que la labor tipificadora de la violencia obstétrica, en sus distintas variantes, presenta múltiples inconvenientes que la hacen inoperante. Pues puede incurrir en restringir la punición a una persona en concreto, olvidando el contexto social estructural que posibilita su producción (Corral-Manzano, 2019) y sin influir en absoluto en el mismo (Díaz y Fernández, 2018). Además, aunque pueda representar un logro simbólico, al identificar al personal de salud como autor del delito, puede condicionar la relación médico-paciente (Herrera, 2020).

A mayor abundamiento, una redacción inespecífica de las conductas típicas puede generar que sean comprensivas de un abanico de situaciones tan amplio que genere una aversión al riesgo en el personal de salud -condicionando el ejercicio de la profesión-; o que incluyan una enumeración incompleta de conductas (la legislación venezolana, así, no incluye la práctica de enemas o la exploración continua del útero, generalmente integradas en la violencia obstétrica). Lo anterior puede, asimismo, derivar en impunidad (Alfonzo y Nohelia, 2016, Corral-Manzano, 2018), o imposibilitar, a los operadores jurídicos, encuadrar la conducta de los individuos en el supuesto de hecho de la norma (Corral-Manzano, 2018). Todo ello, aduce Corral-Manzano (2019), demerita la confianza en el sistema judicial, generando que permee en la sociedad la sensación de impunidad, que a su vez hace que las personas que cometen estas conductas se sientan amparadas por la norma o ratifiquen que su proceder es adecuado, y que las víctimas no denuncien o normalicen la violencia.

En definitiva, como señala Corral-Manzano (2018), la tipificación de la violencia obstétrica podría no tener un móvil exclusivamente reactivo, sino responder al fenómeno, harto común en la actualidad, del populismo punitivo, que se identificara en las Jornadas de Juzgados de Pueblo, organizadas por Jueces para la Democracia (2006):

*Fenómeno en el que se hace una utilización populista del Derecho Penal por parte del Estado y que se caracteriza por una inmediata y permanente llamada al Derecho Penal para hacer frente a determinadas problemáticas sociales que tiene gran repercusión mediática; (...) invocación reaccionaria del mismo como remedio a los males sociales, atribuyéndole propiedades utópicas de las que carece (...)*” (Jueces para la Democracia, 2006).

### **7.3.2. Tipificación de la violencia obstétrica en el ámbito nacional**

Como se ha expuesto con anterioridad, la violencia obstétrica no existe, como figura delictiva, en el Derecho Penal español, sin perjuicio de que sus manifestaciones puedan ser reconducidas a los tipos de lo injusto genéricos ya referidos (lesiones, torturas, etcétera), que pueden verse cualificados por la concurrencia de las correspondientes agravantes.

No obstante, recientemente ha ido adquiriendo mayor notoriedad la posición, antes expuesta, que defiende que la tipificación de la conducta es la única vía para su erradicación. Así, el Parto es Nuestro (2014), con ocasión de la tipificación de la violencia obstétrica en México, refiere que “*estamos de enhorabuena*”, y que “*ejemplos como el de México nos dan fuerza y reivindican nuestra lucha y nuestro trabajo para avanzar en el disfrute de un embarazo, parto, puerperio y lactancia informados, libres y gozados por todas las mujeres*”.

Los razonamientos antes deducidos, sobre la inviabilidad del sector jurídico-penal, para ofrecer una solución íntegra, garantista y eficiente ante la violencia obstétrica, se antojan plenamente predicables respecto del ordenamiento jurídico español, por lo que las consideraciones expuestas sobre esta decisión de política criminal, en aras a la brevedad, se dan por reproducidos.

Sin embargo, considero oportuno realizar el siguiente inciso, para el caso de que la tendencia tipificadora deviniera hegemónica en un futuro. Y es que, de optarse por la tipificación de la violencia obstétrica, como manifestación de la violencia de género, en primer lugar debería tenerse en consideración que, a la luz de la dicción actual de la norma penal, no podría integrarse como una manifestación de dicha violencia contra las mujeres.

Así, como se desprende de la dicción de los artículos 148.4 y 5 (lesiones) 153 (malos tratos no habituales), 171.4, 5 y 6 (amenazas), 172 (coacciones), 172 ter (acoso) 173.2 (malos tratos habituales), 173.4 (injurias y vejaciones leves) y 468 (quebrantamiento de condena), las diversas manifestaciones de la violencia de género tienen como sujeto pasivo, exclusivamente, a “a quien sea o haya sido su esposa (del autor), o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia”. En consecuencia, devendría necesaria la revisión del instituto jurídico-penal de la violencia de género, y las diversas formas que lo componen.

Sí da cuenta, por contra, de un silogismo jurídico impecable, y de una decisión de política criminal eficiente, la inclusión del artículo 172 quáter en el Código Penal, del siguiente tenor:

1. *El que para obstaculizar el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo acosare a una mujer mediante actos molestos, ofensivos, intimidatorios o coactivos que menoscaben su libertad, será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días.*
2. *Las mismas penas se impondrán a quien, en la forma descrita en el apartado anterior, acosare a los trabajadores del ámbito sanitario en su ejercicio profesional o función pública y al personal facultativo o directivo de los centros habilitados para interrumpir el embarazo con el objetivo de obstaculizar el ejercicio de su profesión o cargo.*
3. *Atendidas la gravedad, las circunstancias personales del autor y las concurrentes en la realización del hecho, el tribunal podrá imponer, además, la prohibición de acudir a determinados lugares por tiempo de seis meses a tres años.*
4. *Las penas previstas en este artículo se impondrán sin perjuicio de las que pudieran corresponder a los delitos en que se hubieran concretado los actos de acoso.*
5. *En la persecución de los hechos descritos en este artículo no será necesaria la denuncia de la persona agraviada ni de su representación legal.*

Constituye esta, pues, una conducta que tiene como exclusivo fin el atentar contra los bienes jurídicos de la mujer embarazada y sus derechos reproductivos, que atiende solo a restringir el ejercicio de sus derechos -y del personal sanitario a través del cual este se vehiculiza-. Cobra sentido, pues, que su represión se efectúe por la *ultima ratio* que el Derecho ofrece, dado que, siguiendo a Villanueva et al. (2016), “se debe considerar un tipo penal solamente cuando se busque sancionar ciertas conductas como la esterilización forzada o cuando exista una intención deliberada de dañar”.



#### **7.4. Propuesta de abordaje jurídico de la violencia obstétrica. Derecho Administrativo**

Como se ha apuntado, partiendo de la incontestable necesidad de erradicación de la violencia obstétrica, surgen posiciones doctrinales encontradas acerca del sector jurídico que, de forma idónea, pueda llevarlo a efecto.

En lo atinente al sector jurídico administrativo, también se alzan las voces críticas sobre su capacidad para abordar la violencia obstétrica. Fernández (2015), a este respecto, razona que en los litigios sobre mala praxis obstétrica participan operadores de toda índole que se dedican a negligencias médicas, y no suelen tener en consideración cuestiones de género en las mismas. Asimismo, el proceso en que se han irrogado daños a la madre y su feto quedan subsumidos en el resultado, pues, por ejemplo, en caso de parálisis cerebral ocasionada al bebé, existirá una suerte de *vis atractiva* del proceso hacia este resultado lesivo, obviándose los distintos atentados que, a lo largo del parto, se produjeran (inducción del parto, litotomía, etcétera).

Finalmente, traslada que los procedimientos de responsabilidad civil y patrimonial se quedan cortos en lo que derechos humanos se refiere, así como que el procedimiento para la protección de los derechos fundamentales de la persona, prevenido en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, presenta inconvenientes prácticos que lo hacen inviable en muchos casos.

Quizás sean, las anteriores, unas afirmaciones un tanto parcas, que dan cuenta de una pretendida insuficiencia del Derecho Administrativo, para la completa gestión de la violencia obstétrica, pero sin especificar, de forma pormenorizada, las razones que llevan a dicha conclusión. Gherardi (2016), por el contrario, sostiene lo siguiente:

*Las regulaciones de naturaleza civil o administrativa, enmarcadas en los derechos de las pacientes o en el derecho a una vida libre de violencias, permiten otorgar la flexibilidad necesaria para que la legislación no se cierre a un número determinado de conductas que luego puede resultar limitativo de otras situaciones, con consecuencias adversas a lograr reparación integral para las mujeres y mejoras concretas en las formas de atención. (Gherardi, 2016, pp. 20- 21).*

En líneas sucesivas se defenderá la aptitud e idoneidad, del Derecho Administrativo, para el abordaje de la violencia obstétrica, considerando que, alejándonos de visiones radicalizadas, que propugnan punitivas irreflexivas e ineficaces, puede este lograr un abordaje multisectorial de dicho atentado contra los derechos de la mujer. Brindando un enfoque holístico que permita afirmar, algún día, que la violencia obstétrica, por inexistente en la sociedad, ha sido tácitamente abrogada.

#### **7.4.1. Igualdad entre mujeres y hombres. Violencia de género**

Como manifiesta Corral-Manzano (2018), a través de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (B.O.E. núm. 313, de 29/12/2004), *“las víctimas cuentan con un marco jurídico dentro del cual, en caso de sufrir violencia obstétrica, puedan acceder a la justicia, sin necesidad de que se tipifique en específico la violencia obstétrica”*.

En efecto, a través de la citada ley orgánica, según previene su artículo 1.2, se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia. Ello se efectúa desde un enfoque integral, mediante el establecimiento de medidas de sensibilización, prevención y detección (en el ámbito educativo, publicitario y sanitario), la consagración de derechos a las mujeres víctimas de violencia de género (laborales, económicos, etcétera), tutela institucional...

La consideración de la violencia obstétrica como violencia de género, en el ámbito administrativo, y la consiguiente aplicación de alguna de estas medidas y políticas públicas, a supuestos constitutivos de este fenómeno, contribuiría incuestionablemente a la lucha contra el mismo. Por ejemplo, coadyuvaría la expresa mención, a la violencia obstétrica, en las medidas educativas prevenidas en los artículos 4 y siguientes de la norma.

De manera más específica, resultaría de indudable utilidad su inclusión en las medidas sanitarias de los artículos 15 y 16, de tal forma que las Administraciones promovieran actuaciones del personal sanitario para la detección precoz de la violencia obstétrica, se desarrollaran, en torno a la misma, planes de sensibilización y formación continuada del personal de salud, la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial de la Salud apoyara y orientara planificación de medidas sanitarias al respecto, etcétera.

No obstante, debe reseñarse que, en virtud de lo prevenido en el artículo 1.1 de la citada norma, la misma únicamente tiene por objeto actuar contra la violencia que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, por lo que sería preciso emprender, con carácter previo, su modificación, ampliando su ámbito de aplicación.

Mayor amplitud de aplicación reviste la norma homóloga canaria, la Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género, pues contempla la violencia en la pareja o ex pareja como una de las múltiples manifestaciones de la violencia contra las mujeres. No obstante, en aras de una efectiva protección contra la violencia obstétrica, convendría emprender la modificación de su artículo 3.2.f), del siguiente tenor:

*f) Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: se entenderá por tales la práctica de un aborto a una mujer sin su consentimiento previo e informado, así como el hecho de practicar una intervención quirúrgica que tenga por objeto poner fin a la capacidad de una mujer de reproducirse de forma natural sin su consentimiento previo e informado o sin su entendimiento del procedimiento. (Comunidad Autónoma de Canarias, 2003, p. 8).*

Lo anterior lo ha emprendido ya, de forma pionera, la catalana Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, tras la modificación operada por la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, que introduce una nueva redacción en el artículo 4 de la norma, incluyendo la siguiente forma de violencia machista:

*d) Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer. (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2020, p. 6).*

Como cierre del anterior planteamiento, se estima que las modificaciones normativas antes reseñadas deberían trascender a las leyes tendentes a la erradicación de la violencia de género, e incidir, asimismo, sobre legislación de igualdad entre mujeres y hombres, en un enfoque preventivo.

De esta manera, convendría una mención expresa, a la implementación de actuaciones tendentes a la eliminación de la violencia obstétrica, en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y en concreto, en su artículo 27, sobre integración del principio de igualdad en la política de salud.

En el ámbito autonómico, además de la perentoria mención a la exhaustiva regulación que la Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres, emprende sobre la promoción y protección de la salud, en el ámbito de igualdad de género, pudieran realizarse idénticas recomendaciones a las previas.

En consecuencia, cabría incluir una mención expresa, a la violencia obstétrica, su detección y establecimiento de mecanismos para prevención y reparación, en el artículo 45 de la norma, sobre perspectiva de género en el Sistema Sanitario Público de Canarias. El citado precepto, además de consagrar la prescripción general del establecimiento de medidas que garanticen la integridad física de mujeres y niñas, impidiendo la realización de prácticas médicas o quirúrgicas que atenten contra la misma (apartado tercero), también prevé el impulso de medidas para la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan especialmente a las mujeres, como la anorexia, la bulimia o la fibromialgia (apartado quinto).

De esta manera, reviste coherencia el dedicar un apartado, específicamente, a las labores de atención al embarazo, parto y maternidad (ya la interrupción obtiene tratamiento específico en la ley), con especial mención a la violencia obstétrica, su prevención, detección y reparación del daño.

#### ***7.4.2. Interrupción voluntaria del embarazo***

Siendo, la violencia obstétrica, comprensiva de la producida en el marco de la interrupción del embarazo, y caracterizándose, quizás, por mayor prevalencia que la que acaece en el parto, debiera quedar reflejo de la misma en la regulación correspondiente.

Como se ha mencionado, en fechas recientes se ha aprobado el anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Ministerio de Igualdad, 2022), cuyo fin lo constituye *“introducir las modificaciones necesarias para garantizar la vigencia*

*efectiva de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*”. Para ello, entre otros, se elimina el plazo de reflexión y la recepción de información para el acceso a la interrupción, toda vez que se regula la objeción de conciencia como un derecho individual de cada profesional sanitario, que debe manifestarse con antelación y por escrito.

El objeto de la ley, tras la reforma, se dirigirá, también, “*a prevenir y a dar respuesta a todas las manifestaciones de la violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo*”, según reza su artículo 1, toda vez que el artículo 2.5 consagra la siguiente definición, sobre violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo:

*Todo acto basado en la discriminación por motivos de género que atente contra la integridad o la autodeterminación de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, su libre decisión sobre la maternidad, su espaciamento y oportunidad, incluidas las conductas recogidas en el artículo 39 del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.*

La reforma consigna la noción de intervenciones ginecológicas y obstétricas adecuadas -promueven la salud física y psíquica de las mujeres, evitando intervenciones inadecuadas o innecesarias-; la obligación de los poderes públicos de garantizar la sanción y erradicación de cualquier forma de violencia de género en relación con la salud, los derechos sexuales y reproductivos; y la responsabilidad institucional de la Administración, entre otras, velando por las buenas prácticas en la dispensa de asistencia sanitaria. Incluso establece la obligatoriedad del consentimiento informado por escrito en los tratamientos invasivos durante la atención al parto -salvo urgencia vital-, la disminución del intervencionismo, la dispensa de un trato respetuoso y una información clara y suficiente, y la no separación innecesaria de los recién nacidos. No integra, por contra, la noción de “violencia obstétrica”, toda vez que las medidas de prevención y respuesta frente a formas de violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva inciden, exclusivamente, sobre casos de aborto, esterilización y anticoncepción forzados, así como gestación por subrogación o sustitución.

Pareciera esta una técnica legislativa que, buscando la simultánea protección para las mujeres y la obtención del consenso -en aras a su prosperabilidad parlamentaria- incurre en una vaguedad excesiva, echándose en falta el perentorio abordaje específico de la violencia obstétrica. Sin embargo, en estos estadios iniciales de la reforma legislativa, dada su variabilidad, únicamente pueden consignarse meras inferencias sobre su suficiencia.

### **7.4.3. Derecho Sanitario. Plan de parto**

El informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias (ONU, 2019) relata los problemas que, con ocasión de la prestación de consentimiento informado en el parto, ya se apuntaron por la jurisprudencia nacional citada:

*En las comunicaciones enviadas por más de 40 organizaciones no gubernamentales se hizo hincapié en la falta de consentimiento informado o en su uso indebido. Como señaló una organización no gubernamental de Israel, el consentimiento de la mujer a todas las intervenciones se obtiene en cuanto la paciente entra en el hospital, momento en que se le pide que firme diversos formularios. Pero esos formularios son en realidad una renuncia al consentimiento informado y una cesión del control al equipo médico. Otros formularios de consentimiento, relativos a procedimientos como la anestesia epidural y la cesárea, se suelen presentar a la mujer durante el propio alumbramiento, a veces incluso durante las contracciones, lo que hace que a la mujer le resulte difícil comprender la información contenida en el formulario o realizar las preguntas pertinentes. De todo ello se desprende que los formularios de consentimiento se utilizan a menudo en sustitución del proceso real de consentimiento informado (ONU, 2019, p. 13)*

Las anteriores complicaciones pueden obtener una eficiente solución, desde el ámbito del Derecho Administrativo, mediante la suscripción del plan de parto, como ya previera el Protocolo para la asistencia natural al parto normal catalán, que puede ayudar a detectar mejor las expectativas de la mujer, y a facilitar que la información se transmita entre los miembros del equipo, actuándose con más armonía (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2007). Permite, a la mujer, exteriorizar su voluntad en cuanto a la asistencia sanitaria a serle dispensada con ocasión de su parto, de tal manera que, tras recibir la oportuna información, escoja entre las diversas opciones que la clínica posibilita, y la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud oferta.

Al fin y al cabo, mediante el mismo quedaría la debida constancia del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que prevé que *“toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”*.

No obstante, y comoquiera que las meras recomendaciones pueden adolecer de la falta de aplicabilidad que parece ser ínsito a todo mecanismo sin coerción -baste la cita del caso, ya expuesto, de la Sra. González Carreño y el Dictamen CEDAW/C/58/D/47/2012-, es la consagración legislativa la vía idónea para garantizar el respeto de la voluntad de la mujer, y la protección de sus derechos.

De esta manera, el plan de parto debiera incluirse, expresamente, en la dicción del artículo 15 de la citada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que bajo la rúbrica “contenido de la historia clínica de cada paciente”, prevé que *“la historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”*. En consecuencia, se propone la adición de la letra j) bis, en la que, antes del informe de quirófano o de registro del parto, se prevea el plan de parto.

En el ámbito autonómico, ha de estarse a lo dispuesto en el Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos (B.O.C. núm 154, de 08/08/2005). A fin de obtener idéntico reconocimiento, del plan de parto, en este ámbito, debiera procederse a la adición, en su artículo 3.1, de la letra f) bis, antes de la hoja de parto.

Conviene precisar que, a fin de obtenerse la consagración expresa de la importancia del plan de parto, debiera optarse por la modificación normativa planteada, y no por la aplicación del artículo 5 del Decreto 178/2005, de 26 de julio, que al permitir la introducción de nuevos documentos especializados, por el desarrollo científico propio de cada especialidad, no visibiliza suficientemente este fenómeno.

Finalmente, y comoquiera que, en los artículos 12 y siguientes de dicho texto legal se consignan definiciones expresas de cada uno de los documentos que integran la historia clínica, así como del contenido que los conforman, se propone la adición del artículo 20 bis. Su específica localización obedece a razones sistemáticas (inclusión con carácter previo a la hoja de parto), toda vez que su redacción sigue las líneas sentadas para el documento de instrucciones previas y el consentimiento informado por escrito:

*Artículo 20 bis. Plan de parto*

*1. El plan de parto comprende las instrucciones manifestadas por escrito, por la paciente, con ocasión de la atención y seguimiento de su embarazo, y en todo caso, en momento previo al parto, sobre el cuidado, tratamiento de salud y sus preferencias entre las opciones clínicas disponibles, a fin de que se cumplan en el momento en que la gestación llegue a término.*

*2. El documento de plan de parto será facilitado a la paciente con ocasión del inicio del seguimiento de cada gestación, tras la dispensa de información clínica por la médica o el médico responsable, que será comprensiva de las distintas opciones clínicas para la atención al embarazo y parto, e incluirá, respecto de cada una de ellas, los siguientes extremos:*

*a) Las consecuencias relevantes o de importancia que generan con seguridad.*

*b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales de la paciente.*

*c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de opción clínica.*

*d) Las contraindicaciones.*

*3. El plan de parto puede contener previsiones relativas a las intervenciones médicas que se deseen recibir, aquellas que no se deseen recibir u otras cuestiones relacionadas con la atención al parto, siempre que sean conformes con la lex artis. Será firmado por el médico o la médica responsable de la paciente, a fin de dar fe de la recepción de los deseos y preferencias de esta, y podrá ser modificado libremente en cualquier momento, dejando constancia por escrito.*

*4. No se aplicarán las instrucciones contenidas en el plan de parto que sean contrarias al ordenamiento jurídico, la lex artis ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que la mujer haya previsto en el momento de manifestarlas. En estos supuestos se dejará constancia razonada en la historia clínica mediante las anotaciones correspondientes, así como se informará por escrito a la paciente o a sus familiares, si así lo solicitaran y no constara oposición de aquella.*

*Tampoco serán aplicables, y en consecuencia se tendrán por no puestas, las instrucciones relativas a las intervenciones médicas que la paciente haya manifestado que desee recibir cuando resulten contraindicadas para su proceso de embarazo y parto, debiendo figurar anotadas y motivadas dichas contraindicaciones en la historia clínica de la paciente. En tales supuestos, se informará de dichas circunstancias a la paciente, con la mayor antelación posible, así como a sus familiares, si así lo solicitaran y no constara oposición de aquella.*



La consagración legislativa de lo anterior permitirá, a mujeres cuyos derechos se hayan visto vulnerados, acudir a la vía de la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 106.2 de la Constitución Española, así como en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Asimismo, podrán deducir sus pretensiones a través del procedimiento para la protección de los derechos fundamentales de la persona prevenido en los artículos 114 y siguientes de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

Lo anterior, unido a las novedosas formas autocompositivas de resolución de conflictos y los métodos de justicia restaurativa (Lokugamage y Pathberiya, 2017), aún con relevancia comedida en el ordenamiento jurídico español, permitirá la adecuada tutela del derecho violentado y la reparación del daño causado, teniendo en consideración la dimensión de género, e institucional, ínsita a la violencia obstétrica, y alejándose de la tan traída, e ineficaz, obcecación en la punición.

#### **7.4.4. Prevención administrativa. Formación en bioética**

La regulación antedicha quedaría incompleta si no abordara este conflicto *ab initio*, si no incidiera, asimismo, sobre la formación que debiera impartirse a profesionales de la salud en materia de bioética, igualdad de género y respeto de los derechos humanos de las mujeres. Lo trasladan, entre otros, Goberna y Boladeras (2018), que refieren:

*Las leyes son importantes para establecer los límites de los marcos de convivencia, pero las leyes lo solucionan el fondo de los problemas humanos. La violencia obstétrica (o de otro tipo) contra las mujeres no se resolverá solo con nuevas leyes sino con los cambios sociales que promuevan otra manera de mirar y de entender a las personas que nos rodean, a los ciudadanos y ciudadanas que debemos atender o con lo que tenemos que trabajar y relacionarnos en contextos diversos (Goberna y Boladeras, 2018, p. 67).*

Sadler et al. (2016) refieren que el currículum oculto en la educación y práctica de profesionales de la salud debería ser incluido en la agenda internacional referente a la violencia obstétrica, y aboga porque en el ámbito educacional, los principios de derechos humanos en el parto, y la discusión sobre violencia obstétrica y su impacto en profesionales, madres, bebés y sus familias sea incluido en el currículum de todas las instituciones educativas relevantes (legal, médica, matronería, enfermería y otras), enfatizando sus dimensiones relacionadas con el género.

Jewkes y Penn-Kekana (2015) afirman que es posible involucrar a los profesionales en los procesos de reflexión clínica, desarrollando el entendimiento y la empatía, y mostrando, a través del aprendizaje práctico, las recompensas que, en el ámbito profesional, reportan unas relaciones clínicas más positivas. Corral-Manzano (2018), de forma similar, postula que *“se debe buscar el crecimiento institucional y la sensibilización del sector salud para crear programas específicos que tiendan a producir en las y los profesionales de la salud la consciencia ética”*.

En consecuencia, debiera procederse a la inclusión de la formación, de profesionales de la salud, en materia bioética e igualdad de género, con especial reconocimiento de la violencia obstétrica en el embarazo llevado a término y del interrumpido, en los términos propuestos por el artículo 8 del Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. La mención expresa, de esta cuestión, debiera incluirse en normas tales como la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género -artículo 15.3-, la Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres -artículo 45.8-, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias -Título II-, la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), la Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, etc.

Se obtendrá, así, la suerte de catarsis que citara el informe del Comité de Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa (2019), perteneciente al doctor Martin Winckler:

*“About 20 years ago, I walked into the room where I performed terminations of pregnancies, closed the door and lay on the examination table, with my legs in the stirrups. It changed the way I see and exercise. I’ve done it regularly, over the years...” (Consejo de Europa, 2019, Martin Winckler, 26/05/2019).*

En conclusión, mediante la inclusión y reconocimiento expreso de la violencia obstétrica, en un sistema de formación transversal, podrá lograrse la concienciación social, profesional e institucional que, hoy día, se revela como acuciante. La misma servirá de apoyo a los institutos jurídicos, descritos y propuestos -por lo expuesto, eminentemente residenciados en el ámbito administrativo- hasta que en un futuro, que esperemos no sea distante, podamos aseverar que erradicada esta lacra social, ha sobrevenido el desuetudo.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, V. y Nohelia, Y. (2016). *El rol del Ministerio Público como titular de la acción penal en el delito de violencia obstétrica. Caso de Estudio: Estado Aragua*. Anuario de Derecho, 33, pp. 87–106.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). *La Violencia Obstétrica: Propuesta Conceptual a Partir de La Experiencia Costarricense*. Cuadernos Intercambio Sobre Centroamérica y El Caribe Vol. 11, No. 1 Enero-Junio, pp. 145-169
- Arguedas Ramírez, G. (2020). *Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina*. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. EDUNLa Cooperativa. pp.77-99 DOI 10.18294/9789874937506.
- Belli, L.F. (2013). *La Violencia Obstétrica: Otra Forma de Violación a Los Derechos Humanos*. Revista Redbioética/UNESCO pp. 25–34.
- Bellón Sánchez, S. (2015). *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas, 18, pp. 93-111.
- Blundell, J. (1827). *Lectures on the theory and practice of midwifery*. The Lancet. Vol. 9(222). pp. 329–335
- Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Araujo Diniz, A.L., Tuncalp, O., Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosla, R., Hindin, M.J. y Gulmezoglu, A.M. (2015). *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*. PLOS Medicine 12(6). pp. 1–32.
- Borges, M.T.R. (2018). *A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence*. Duke Law Journal, Vol. 67:827, pp. 827 - 862
- Boutros-Ghali, B. (1995). *Les défis de l'Universalité: réflexions sur les droits de l'homme*. Federico Mayor amicorum Liber, Vol. I, pp. 317-329.
- Cereijido, J.L. (2022). *El pleno del Tribunal Constitucional decidirá sobre la embarazada obligada a dar a luz en el HUCA*. La Voz de Asturias.  
<https://www.lavozdeasturias.es/noticia/asturias/2022/01/24/pleno-tribunal-constitucionaldecidira-sobre-embarazada-obligada-dar-luz-huca/00031643027820876758749.htm>

- Chiapas (Estados Unidos Mexicanos) (2014). *Código Penal para el Estado de Chiapas*. P.O. núm.156-5ª. Sección de fecha 24/12/2014.[https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY\\_0012.pdf?v=Mjc=](https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=Mjc=)
- Congreso de la República del Perú (1991). *Decreto Legislativo n.º 635, por el que se aprueba el Código Penal*. D.O. 04/08/91  
[https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5\\_uibd.nsf/001CD7E618605745052583280052F800/\\$FILE/COD-PENAL\\_actualizado\\_16-09-2018.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/001CD7E618605745052583280052F800/$FILE/COD-PENAL_actualizado_16-09-2018.pdf)
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018). *En el Día Internacional de la Mujer, la CIDH exhorta a los Estados a abstenerse de adoptar medidas que signifiquen un retroceso en el respeto y garantía de los derechos de las mujeres* [comunicado de prensa]. <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2018/044.asp>
- Comunidad Autónoma de Canarias (2003). *Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género*. B.O.E. núm. 162, de 08/07/2003, pp. 26392 – 26402. <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/2003/04/08/16>
- Comunidad Autónoma de Canarias (2010) *Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres*. B.O.E. núm. 67, de 18/03/2010 <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-4518-consolidado.pdf>
- Comunidad Autónoma de Cataluña (2020). *Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista*. B.O.E. núm. 11, de 13/01/2021, pp. 3096 – 3113. <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17>
- Consejo de Europa (1950). *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales* (STE n.º 005). Roma. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=005>  
Incorporado al ordenamiento jurídico español por: Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. B.O.E. núm. 243, de 10 de octubre de 1979, pp. 23564 – 23570. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-24010>
- Consejo de Europa (1961). *Carta Social Europea* (STE n.º 035). Turín. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=035>  
Incorporada al ordenamiento jurídico español por: Instrumento de Ratificación de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea, hecha en Turín de 18 de octubre de 1961. B.O.E. núm.

153, de 26 de junio de 1980, pp. 14533 – 1454. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1980-13567>

- Consejo de Europa (1996). *Carta Social Europea* (STE n.º 163). Estrasburgo. <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=163>  
Incorporada al ordenamiento jurídico español por: Instrumento de Ratificación de la Carta Social Europea (revisada), hecha en Estrasburgo el 3 de mayo de 1996. B.O.E. núm. 139, de 11 de junio de 2021, pp. 71274 – 71327. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1980-13567>
- Consejo de Europa (2011). *Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica* (STE n.º 210). Estambul. <https://rm.coe.int/1680462543>.  
Incorporado al ordenamiento jurídico español por: Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. B.O.E. núm. 137, de 6 de junio de 2014, pp. 42946 – 42976. [https://www.boe.es/eli/es/ai/2011/05/11/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/2011/05/11/(1))
- Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria (2019). *Resolution 2306 (2019). Obstetrical and gynaecological violence*. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>
- Consejo de Europa, Comisario para los Derechos Humanos (2017). *La salud y los derechos sexuales y reproductivos en Europa*. <https://rm.coe.int/la-salud-y-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-mujeres-en-eur/16809663c1>
- Consejo de Europa. Comité de Igualdad y No Discriminación (2019). *Obstetrical and gynaecological violence* (Doc. 14965).  
<https://pace.coe.int/pdf/e6606eb0457c469e7c121afcd43b39d328955bbc2fab73d2e930866bcf2597d5/doc.%2014965.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2021). *Reforma Ley del Aborto. El CGCOM rechaza y considera muy desafortunado el concepto de “violencia obstétrica” para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país*. [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np\\_cgcom\\_violencia\\_obstetrica\\_12\\_07\\_21.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_cgcom_violencia_obstetrica_12_07_21.pdf)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2021). *El CGCOM rechaza el concepto de “violencia obstétrica” para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en España*.  
[https://cgcom.es/noticias/2021/07/21\\_07\\_13\\_violencia\\_obstetrica](https://cgcom.es/noticias/2021/07/21_07_13_violencia_obstetrica)

- Corral-Manzano, G.M. (2018). *¿Es necesario tipificar la violencia obstétrica?* “Violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Tecnos. pp. 93 – 103.
- Corral-Manzano, G.M. (2019). *El Derecho Penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018*. Musas, Vol. 4, núm. 2, pp. 100 – 118. DOI: 10.1344/musas2019.vol4.num2.6
- Cortes Generales (1978). *Constitución Española*. B.O.E. núm. 311, de 29/12/1978 [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Cortes Generales (1985). *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal*. B.O.E. núm. 166, de 12 de julio de 1985, pp. 22041 – 22041. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/05/9>
- Cortes Generales (1995). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. B.O.E. núm. 281, de 24/11/1995. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>
- Cortes Generales (2002) *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. B.O.E. núm. 274, de 15/11/2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- Cortes Generales (2004). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. B.O.E. núm. 313, de 29/12/2004. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
- Cortes Generales (2010). *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. B.O.E. núm. 55, de 04/03/2010. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>
- Cortes Generales (2015). *Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo*. B.O.E. núm. 227, de 22/09/2015. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/09/21/11/con>
- Cortes Generales (2015). *Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público*. B.O.E. núm. 236, de 02/10/2015. <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/01/40/con>
- Cortes Generales (2022). *Ley Orgánica 4/2022, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, para penalizar el acoso a las mujeres que acuden a clínicas para la interrupción voluntaria del embarazo*. B.O.E. núm. 88, de 13 de abril de 2022, pp. 51404 – 51406 <https://www.boe.es/eli/es/lo/2022/04/12/4>
- De Torres Villaroel, D. (1727) *Visiones y visitas de Torres con don Francisco de Quevedo por la Corte*. Antonio Marín, p.23

- Defensor del Pueblo (2007). *Resumen del informe a las Cortes Generales correspondiente a 2006*. Oficina del Defensor del Pueblo  
<https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/ResumenInforme2006.pdf>
- Díaz García, L.I. y Fernández, Y. (2018). *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, 51, pp.123-143
- El Parto es Nuestro (s.f.). “¿Qué somos?”. Consultado el 02/05/2022  
<https://www.elpartoesnuestro.es/pagina/que-somos#:~:text=El%20Parto%20es%20Nuestro%20es,el%20embarazo%2C%20parto%20y%20posparto.>
- El Parto es Nuestro (2014). *México tipifica la violencia obstétrica*.  
<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/06/16/mexico-tipifica-la-violencia-obstetrica>
- El Parto es Nuestro (2015). *Comunicado del Observatorio de la violencia obstétrica*.  
[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/comunicado\\_ovo.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/comunicado_ovo.pdf)
- El Parto es Nuestro (31 de octubre de 2018) *La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) niega la Violencia Obstétrica. El Parto es Nuestro responde*.  
<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2018/10/31/la-sociedad-espanola-de-ginecologia-y-obstetricia-sego-niega-la-violencia-obstetrica-el-parto-es-nuestro-responde#:~:text=Solo%20el%20reconocimiento%20de%20su,de%20atenci%C3%B3n%20al%20parto%20normal.>
- El Salvador (1997). *Decreto Legislativo N° 1030, de fecha 26 de abril de 1997, por el que se aprueba el Código Penal de El Salvador*. D.O. N° 105, Tomo N° 335, del 10 de junio de 1997.  
[https://www.cnj.gob.sv/images/documentos/pdf/ecj/publicaciones/codigopenal\\_tomoi.pdf](https://www.cnj.gob.sv/images/documentos/pdf/ecj/publicaciones/codigopenal_tomoi.pdf)
- Estados Unidos Mexicanos (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. D.O.F. 1 de febrero de 2007.  
[https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV\\_010621.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_010621.pdf)
- Estados Unidos Mexicanos (2011). *Código Penal para el Distrito Federal*. G.O.D.F. de 18/03/2011.  
<https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/9cd0cdef5d5adba1c8e25b34751cccfcca80e2c.pdf>
- Fernández Guillén, F. (2015). *¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos*. Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas, 18, pp. 113-128.
- Fernández Guillén, F. (2020). *Historia de El Parto es Nuestro I*.  
<https://www.franciscafernandezguillen.com/historia-de-el-parto-es-nuestro/>

- Fernández Guillén, F. (2021). *Historia de El Parto es Nuestro II: Activismo para principiantes*.  
<https://www.franciscafernandezguillen.com/historia-de-el-parto-es-nuestro-ii/>
- Freedman, L.P. y Kurk, M.E. (2014). *Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas*. The Lancet, 384, e42–4.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2007) *Protocolo para la asistencia natural al parto normal*.  
[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/protocolo\\_asistencia\\_parto\\_normal\\_cataluna\\_2007.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/protocolo_asistencia_parto_normal_cataluna_2007.pdf)
- Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Publicación de las Naciones Unidas. Series CEPAL - Serie Asuntos de Género N° 141.
- Goberna-Tricas, J y Boladeras, M. (2018). *Análisis del concepto de violencia obstétrica desde las perspectivas legal, médica, filosófica, sociopolítica y pedagógica*. “Violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Tecnos. pp. 39 – 68.
- Goberna-Tricas, J. (2019). *Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada*. Musas, 4 (2), pp.26-36
- Gobierno de Canarias (2005). *Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos*. B.O.C. núm 154, de 08/08/200 <https://www.gobiernodecanarias.org/juriscan/ficha.jsp?id=51965>
- Gobierno de España (4 de agosto de 2021). *Respuesta del Gobierno. (184) Pregunta escrita Congreso 184/55568 a 184/55573. 24/06/2021. 138090 a 138095*.  
[https://www.congreso.es/entradap/l14p/e14/e\\_0146229\\_n\\_000.pdf](https://www.congreso.es/entradap/l14p/e14/e_0146229_n_000.pdf)
- Gobierno de España (21 de octubre de 2021). *Respuesta del Gobierno. (184) Pregunta escrita Congreso 184/63063, 184/63064 17/09/2021 154070, 154072*.  
[https://www.congreso.es/entradap/l14p/e16/e\\_0163824\\_n\\_000.pdf](https://www.congreso.es/entradap/l14p/e16/e_0163824_n_000.pdf)
- Gobierno de España (18 de noviembre de 2021). *Respuesta del Gobierno. (184) Pregunta escrita Congreso 184/65713, 184/65742, 184/65752 15/10/2021 162675, 162735, 162745*.  
[https://www.congreso.es/entradap/l14p/e17/e\\_0170916\\_n\\_000.pdf](https://www.congreso.es/entradap/l14p/e17/e_0170916_n_000.pdf)
- Gómez Isa, F. y Pureza, J.M. (2004). *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*. Universidad de Deusto, Bilbao.



- Grupo de Información de Reproducción Elegida (GIRE) (2015). *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. Grupo de Información Elegida, A.C.  
<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/677/Violencia%20obstetrica.pdf?sequence=5&isAllowed=y#:~:text=La%20violencia%20obst%C3%A9trica%20es%20producto,violaci%C3%B3n%20a%20los%20derechos%20humanos.>
- Guerrero (Estados Unidos Mexicanos) (s.f.). *Código Penal para el Estado libre y soberano de Guerrero, número 499*. [https://leyes-mx.com/codigo\\_penal\\_guerrero/202.htm](https://leyes-mx.com/codigo_penal_guerrero/202.htm)
- Herrera Vacaflor, C. (2020). *Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna?* *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. EDUNLa Cooperativa. pp.31-55 DOI 10.18294/9789874937506.
- Jardim, D.M.B. y Módena, C.M. (2018). *La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;26:e 3069 DOI: 10.1590/1518-8345.2450.3069
- Jewkes, R. y Penn-Kekana, L. (2015). *Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women*. *PLoS Med*;12(6). pp.6–9.
- Jueces para la Democracia (2006). *Jornadas Juzgados de Pueblo*. Jueces para la Democracia.
- Lokugamage, A.U. y Pathberiya, S.D.C., (2017). *Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review*. *Reproductive Health*, 14-17, DOI 10.1186/s12978 016-0264-3.
- Lukasse, M., Schroll, A.M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A.S., Ryding, E.L. y Tabor, A. (2015). *Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94, pp. 508 – 517.
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V.M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., y Valero-Chilleron, M.J. (2020). *Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7726. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Ministerio de Gracia y Justicia (1889). *Real Decreto de 24 de julio de 1889, por el que se publica el Código Civil*. *Gaceta de Madrid* núm. 206, de 25/07/1889  
[https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con)

- Ministerio de Sanidad (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ESTRATEGIA%20ATENCION%20PARTO%20NORMAL%20SNS.pdf>
- Ministerio de Igualdad (2021). *Consulta pública previa a la elaboración de un proyecto normativo consistente en la modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*.  
<https://www.igualdad.gob.es/servicios/participacion/consultapublica/Documents/Consulta%20p%C3%ABblica%20ley%20derechos%20sexuales%20y%20reproductivos.pdf>
- Ministerio de Igualdad (2022). *Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*.  
<https://www.igualdad.gob.es/servicios/participacion/audienciapublica/PublishingImages/Paginas/anteproyecto-lo-salud-sexual-reproductiva-interrup/APLO%20modificaci%C3%B3n%20LO%202-2010%20audiencia%20p%C3%ABblica.pdf>
- Obregón Gutiérrez, N. (2018). *La prevención de la violencia obstétrica desde las prácticas de valor y la atención centrada en la persona*. “Violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Tecnos. pp. 123-128.
- Olza Fernández, I. (2008) *¿Humanizar el parto? Una reflexión sobre la violencia sanitaria*. Maternidad y ciclo vital de la mujer. Universidad de Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, pp 113-120.
- Olza Fernández, I. (2014) *Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica*. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 111, 79-83
- Organización de Estados Americanos (1994). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer* (Convención de Belém do Pará). Brasil. <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf>
- Organización de Estados Americanos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) y Organización de las Naciones Unidas, Relatores Especiales, Expertos Independientes y Grupos de Trabajo (2018). *Comité de Expertas y la Relatora Especial de la ONU expresan su preocupación por el caso de Imelda Cortez en El Salvador*. <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/CEVI-ComunicadoElSalvador1-2018-ES.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (1985). *Tecnología apropiada para el parto* (Declaración de Fortaleza). The Lancet, 2, pp. 436-437.
- Organización Mundial de la Salud, Grupo Técnico de Trabajo, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional en Europa (1998). *Workshop on Perinatal Care*. Venecia.
- Organización Mundial de la Salud (2014), *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud* (WHO/RHR/14.23). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea* (WHO/RHR/15.02). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=136D740E5E8D0CACA0112E23DDFD39D8?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=136D740E5E8D0CACA0112E23DDFD39D8?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar* (WHO/RHR/18.12). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Anuncio del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021*. <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2021/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2021>
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (217 [III] A). París. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966). Nueva York. Serie de Tratados. Vol, 999, p.171. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>. Incorporado al ordenamiento jurídico español por: Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. *B.O.E. núm. 103*, de 30 de abril de 1977, pp. 9337 – 9343. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-10733>

- Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966). Nueva York. Serie de Tratados. Vol. 993, p.3.  
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights> Incorporado al ordenamiento jurídico español por: Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. *B.O.E. núm. 103*, de 30 de abril de 1977, pp. 9343 – 9347. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10734](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10734)
  
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (1979). *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (Doc. A/34/46). Nueva York. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women> Incorporada al ordenamiento jurídico español por: Instrumento de Ratificación de 16 de diciembre de 1983 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979. *B.O.E. núm.69*, de 21 de marzo de 1984, pp. 7715 – 7720. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-6749>
  
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (A/RES/48/104). <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
  
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (2015). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. 70/1 Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (A/RES/70/1). <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>
  
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (2016). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de diciembre de 2016. 71/170. Intensificación de los esfuerzos para prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: la violencia doméstica* (A/RES/71/170). <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/453/32/PDF/N1645332.pdf?OpenElement>

- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (A/74/137).  
[https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement)  
 OpenElement
- Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos (2005). *Dictamen. Comunicación No. 1153/2003* (CCPR/C/85/D/1153/2003).  
<https://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=CCPR/C/85/D/1153/2003&Lang=S>
- Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos (2016). *Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 2324/2013*. (CCPR/C/116/D/2324/2013).  
[https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/257/21/PDF/G1625721.pdf?](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/257/21/PDF/G1625721.pdf?OpenElement)  
 OpenElement
- Organización de las Naciones Unidas (Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; Relator Especial sobre la situación de los defensores de los derechos humanos; Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias; y Presidenta del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica), Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Relatora Especial sobre los defensores de los derechos humanos y coordinadora sobre las represalias en África; y Relatora Especial sobre los Derechos de la Mujer en África) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Relatora Especial sobre los Derechos de la Mujer) (2015). *Joint Statement by UN human rights experts\*, the Rapporteur on the Rights of Women of the Inter-American Commission on Human Rights and the Special Rapporteurs on the Rights of Women and Human Rights Defenders of the African Commission on Human and Peoples' Rights*.  
<https://www.ohchr.org/en/statements/2015/09/joint-statement-un-human-rights-experts-rapporteur-rights-women-inter-american?LangID=E&NewsID=16490>
- Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1999). *Recomendación general núm. 24: Artículo 12 de la Convención (Mujeres y Salud)*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2011). *Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de conformidad con el párrafo 3 del artículo 7 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (CEDAW/C/49/D/17/2008) <https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2011). *Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a tenor del artículo 7, párrafo 3 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (50º período de sesiones)* (CEDAW/C/50/D/22/2009) [https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-50-D-22-2009\\_sp.pdf](https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-50-D-22-2009_sp.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2014). *Decision of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women under the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (fifty-eighth session)* (CEDAW/C/58/D/47/2012). [https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N14/508/67/PDF/N1450867.pdf?](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N14/508/67/PDF/N1450867.pdf?OpenElement)  
OpenElement
- Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2017). *Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19* (CEDAW/C/GC/35). <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-recommendation-no-35-gender-based-violence>
- Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2020). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 138/2018* (CEDAW/C/75/D/138/2018). [https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/082/21/PDF/N2008221.pdf?](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/082/21/PDF/N2008221.pdf?OpenElement)  
OpenElement
- Organización de las Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (A/CONF.171/13/Rev.1). Nueva York.

[https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement)

OpenElement

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2006). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (SHS/EST/BIO/06/1, SHS.2006/WS/14). [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* (ISBN: 978-1-936291-94-6). Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing. Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.96.IV.13. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (2012). *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad* (A/HRC/21/22). [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf)
- Payà Sánchez, M. y Martín Badia, J. (2018). *Violencia obstétrica: La lacra detrás del parto feliz*. “Violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Tecnos. pp. 69-77
- Pickles, C. (2015). *Eliminating abusive “care”. A criminal law response to obstetric violence in South Africa*. SA Crime Quarterly, 54. pp. 5 – 16 <http://dx.doi.org/10.4314/sacq.v54i1.1>
- Quintana Roo (Estados Unidos Mexicanos) (2017). *Código Penal para el Estado libre y soberano de Quintana Roo*. P.O.E. 04/07/2017. <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/codigos/C6-XV-20180427-157.pdf>
- Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica (8 de marzo de 2016). *Declaración conjunta 8 de Marzo 2016*. [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/20150408comunicacion/declaracion\\_ovo.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/20150408comunicacion/declaracion_ovo.pdf)
- Redondo, M. (2021). *Cuando un aborto se convierte en violencia obstétrica: “El niño está muerto. Cómo quieres que te lo explique”*. <https://hipertextual.com/2021/04/aborto-violencia-obstetrica>
- República Argentina, Honorable Congreso de la Nación Argentina (2004). *Ley 25929, de Parto Humanizado*. B.O. de 21 de septiembre de 2004. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- República Argentina, Honorable Congreso de la Nación Argentina (2009). *Ley 26485, de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en*

- los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. B.O. de 14 de abril de 2009. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- República Bolivariana de Venezuela, Asamblea Nacional (2007). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Gaceta Oficial n.º 38668 (23/04/2007). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
  - Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A. (2021). *La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España*. Elsevier, Gaceta Sanitaria ;35(3) pp. 211–212
  - Ruiz-Berdún, D. (2014) *Carmen Barrenechea, la conciencia feminista de una matrona del siglo XIX en “La ciudad de la muerte”*. Storia delle Donne, 10 <http://www.storiadelledonne.it/wp-content/uploads/2015/03/Ruiz-Berdun2014.pdf>
  - Sadler, M., Santos, M.J.D.S., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G.L., Skoko, E., Gillén, P. y Clausen, J.A. (2016). *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*. Reprod Health Matters.24 (47), pp. 47–55.
  - Saura Estapà, J. (2015) *El estándar jurídico internacional sobre la interrupción voluntaria del embarazo: Reflexiones en perspectiva de derechos humanos*. Revista electrónica de estudios internacionales. DOI: 10.17103/reei.29.01
  - Savage, V. y Castro, A. (2017). *Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches*. Reproductive Health. 14(1). pp.1–27.
  - Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (s.f.). *Comunicado S.E.G.O. “violencia obstétrica”*. <https://sego.es/>
  - Tamayo Muñoz, J., Restrepo Moreno, C.M., Gil, L. y González Vélez, A.C. (2015). *Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia*. Grupo Médico por el Derecho a Decidir – Colombia.
  - Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., Gómez Ponce de León, R. y Souza, J.P. (2019). *Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis*. Rev Panam Salud Publica; 43:e36. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>
  - Tribunal Constitucional (2010). *Recurso de inconstitucionalidad n.º 4523-2010, en relación con diversos preceptos de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. Providencia de 30 de junio de 2010, de admisión a trámite del recurso de inconstitucionalidad número 4523-2010. B.O.E. núm. 165, de 8 de julio de 2010, pp. 59976 – 59976. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-10822>



- Tribunal Constitucional (2019). *Recurso de inconstitucionalidad n.º 4541-2010, contra el párrafo segundo de la disposición final quinta, el artículo 14 en relación con el 17 y el artículo 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. Auto de 26 de marzo de 2019, del Pleno del Tribunal Constitucional, por el que acordando tener por desistido al Gobierno de Navarra, en el recurso de inconstitucionalidad núm. 4541-2010, declara extinguido el proceso. B.O.E. núm. 79, de 2 de abril de 2019, pp. 33952 - 33952 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-4822>
- Tribunal Europeo de los Derechos Humanos (2009). *Sentencia del caso Women on Waves et al. c. Portugal* (Solicitud n.º 31276/05). Estrasburgo. [https://hudoc.echr.coe.int/eng#%22itemid%22:\[%22001-91046%22\]](https://hudoc.echr.coe.int/eng#%22itemid%22:[%22001-91046%22])
- Tribunal Europeo de los Derechos Humanos (2010) *Sentencia del caso Ternosvsky c. Hungría* (Solicitud n.º 67545/09). Estrasburgo. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-102254%22\]](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-102254%22])
- Tribunal Europeo de los Derechos Humanos (2014). *Sentencia del caso Konovalova c. Rusia* (Solicitud n.º 37873/04). Estrasburgo. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-146773%22\]](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-146773%22])
- Tribunal Superior de Justicia de Asturias, Sala de lo Contencioso. *Sentencia núm. 120/2020, de 11 de febrero*. ECLI:ES:TSJAS:2020:120
- Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso (2009). *Sentencia núm. 12122/2009, de 20 de octubre*. ECLI:ES:TSJM:2009:12122
- Tribunal Superior de Justicia de Murcia, Sala de lo Contencioso (2021). *Sentencia núm. 1485/2021, de 13 de julio*. CLI:ES:TSJMU:2021:1485
- Tribunal Supremo, Sala de lo Civil (2013). *Sentencia núm. 3247/2013, de 18 de junio*. ECLI:ES:TS:2013:3247
- Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso (2010). *Sentencia núm. 4119/2010, de 2 de julio*. ECLI:ES:TS:2010:4119
- Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso (2012). *Sentencia núm. 7400/2012, de 20 de noviembre*. ECLI:ES:TS:2012:7400
- Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso (2016). *Sentencia núm. 2289/2016, de 25 de mayo*. ECLI:ES:TS:2016:2289
- Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso (2018). *Sentencia núm. 2747/2018, de 17 de julio*. ECLI:ES:TS:2018:2747.

- Tribunal Supremo, Sala de lo Penal (20181). *Sentencia núm. 123/2018, de 25 de enero.*  
ECLI:ES:TS:2018:123
- Unión Europea (2000). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010/C 83/02).* Diario Oficial de la Unión Europea, de 30 de marzo de 2010, pp. 389 a 403, núm. 83.  
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-Z-2010-70003>
- Unión Europea, Consejo (2004). *Directiva del Consejo 2004/113/CE, de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro.* D.O.U.E. núm. 373, de 21 de diciembre de 2004, pp. 37 – 43. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2004-82937>
- Unión Europea, Parlamento Europeo (2021). *Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)).*  
[https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_ES.html)
- Veracruz de Ignacio de la Llave (Estados Unidos Mexicanos) (2010). *Código Penal para el Estado libre y soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave.* G.O. de 02/04/2010.  
<https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL270115.pdf>
- Vasak. K (1977). *A 30-year struggle The sustained efforts to give force of law to the Universal Declaration of Human Rights.* The UNESCO Courier. pp. 29, 32.  
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000074816.nameddest=48063>
- Vasak, K. (1990) *Les différentes catégories des Droits de l’homme.* Les dimensions universelles des Droits de l’homme, UNESCO-Bruylant, p. 297.
- Villanueva Egan, L.A., Ahuja Gutiérrez, M., Valdez Santiago, R. y Lezana Fernández, M.A. (2016) *¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?* Revista Conamed, Vol. 21, Supl. 1, pp. 7-25