



¿Existe la violencia obstétrica?

Is there such a thing as obstetric violence?

Existe violência obstétrica?

Carmen Delia Medina Castellano¹

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

 <https://orcid.org/0000-0002-0167-9284>

 carmen.medina@ulpgc.es

Recepción: 15/07/22

Aceptación: 05/02/23

Resumen

Objetivo: propiciar la reflexión sobre la existencia de prácticas vulneradoras de los derechos de las mujeres en la atención al parto por parte de los profesionales sanitarios, así como sobre la necesidad de promover la elaboración de normas jurídicas dirigidas a prevenir y sancionar dichas conductas.

Metodología: fue realizada una indagación bibliográfica, así como el examen de diversos instrumentos internacionales y de normas vigentes en España dirigidas a prevenir la violencia contra las mujeres.

Resultados: existe un bajo estudio de las prácticas asistenciales que pueden ser calificadas como formas de violencia obstétrica. Aun así, las normas actualmente vigentes en España, así como las recomendaciones sanitarias de organismos nacionales e internacionales pueden ser, inicialmente, suficientes para promover la autonomía de las mujeres en el momento del alumbramiento. **Conclusión:** existe una violencia cristalizada en las instituciones que se aprecia en la atención al parto y que requiere de un esfuerzo para promover valores de respeto por los derechos de las mujeres entre los profesionales sanitarios y de toma de conciencia de las mujeres de su potestad de decisión respecto a la atención que desea recibir.

Palabras clave

Violencia Obstétrica. Derechos Humanos. Parto. Autonomía Personal.

Abstract

Objective: to stimulate reflection on the existence of practices that violate the rights of women in obstetric care by health professionals and the need to promote the development of legal norms aimed at preventing and punishing such behavior. **Methods:** a literature review and an examination of different international instruments and current Spanish regulations aimed at preventing violence against women were conducted. **Results:** there are few studies on care practices that can be classified as forms of obstetric violence. Nevertheless, the norms currently in force in Spain, as well as the health recommendations of national and international bodies, may initially be sufficient to promote women's autonomy at the time of birth. **Conclusion:** crystallized institutional violence can be observed in obstetric care, which requires efforts aimed at promoting the values of respect for women's rights among health professionals and making women aware of their decision-making power over the care they want.

¹ Doctora en Derecho, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España; catedrática, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Keywords

Obstetric Violence. Human Rights. Parturition. Personal Autonomy.

Resumo

Objetivo: incentivar a reflexão sobre a existência de práticas que violam os direitos da mulher na assistência ao parto por profissionais de saúde, bem como sobre a necessidade de promover o desenvolvimento de normas legais destinadas a prevenir e punir tais condutas. **Metodologia:** foi realizada uma pesquisa bibliográfica, bem como o exame de vários instrumentos internacionais e da atual regulamentação espanhola destinados a prevenir a violência contra a mulher. **Resultados:** há pouco estudo das práticas de cuidados que podem ser classificadas como formas de violência obstétrica. Mesmo assim, as normas atualmente em vigor na Espanha, bem como as recomendações sanitárias dos organismos nacionais e internacionais podem, inicialmente, ser suficientes para promover a autonomia da mulher no momento do parto. **Conclusão:** há uma violência cristalizada nas instituições que pode ser vista no cuidado ao parto e que requer um esforço para promover valores de respeito aos direitos da mulher entre os profissionais de saúde e conscientizar as mulheres sobre seu poder de decisão em relação ao cuidado que desejam receber.

Palavras-chave

Violência Obstétrica Direitos Humanos. Parto. Autonomia Pessoal.

Introducción

La experiencia de la maternidad ha sido regulada en casi todas las culturas a lo largo de la historia y, en la mayoría de ellas, la atención al parto ha estado exclusivamente en manos de mujeres que adquirieron sus saberes a través de sus madres y abuelas. Esta situación se mantuvo de manera prácticamente invariable hasta el siglo XVII, momento en que aparecen en Francia los *accoucheurs* o parteros profesionales, que sustituyeron a las parteras, especialmente entre la aristocracia (1).

Hasta ese momento, la intervención de los médicos se limitó a aquellas situaciones en que eran requeridos por muerte materna o fetal, para tratar de salvar a una o al otro. A partir del siglo XVIII se incorporan a la práctica médica habitual las enfermedades de las mujeres y también los partos (2), quedando relegadas las matronas a la asistencia de las mujeres más pobres. No obstante, en las ciudades, el aumento de la población resultado de la Revolución Industrial propicia la aparición de maternidades en las que paren las mujeres de la clase trabajadora, iniciándose un proceso de medicalización y enajenación del parto, que cristaliza en la década de los sesenta del pasado siglo, y que llega hasta nuestros días con altas cotas de sofisticación.

De este modo, la mujer que acude a un centro sanitario para ser atendida y ayudada durante su alumbramiento se convierte en una paciente, aun cuando el parto no es una enfermedad. Como señalan Viola et al.:

[...] la gestante es asimilada así a una “paciente” que padece una dolencia, y el parto a una “enfermedad” que hay que curar. (... , donde) el profesional ejerce en el rol de la ciencia que manipula, y la gestante padece en el rol del objeto expuesto a la manipulación y al control, que debe ser arreglado y curado. (3)

En esa dualidad, aún persistente en la medicina occidental, se concibe el cuerpo de la mujer durante el parto como algo desordenado, como una maquina defectuosa que necesita ser gobernada. La producción industrial de bienes se convierte en la metáfora dominante del nacimiento:

[...] el hospital se convirtió en la fábrica, el cuerpo de la madre (...) en la máquina y el bebé (...) en el producto de un proceso de fabricación industrial. La obstetricia se vio obligada a desarrollar herramientas y tecnologías para manipular y mejorar el proceso intrínsecamente defectuoso del parto, y hacer que el nacimiento se ajustara al modelo de la cadena de montaje de la producción industrial. (4)

Se trataba, en un sentido, de dotar de más eficacia a la atención al parto, al modo en que se hace en las cadenas de fabricación. En ese contexto, la mujer se ve desposeída de la capacidad de gestionar el acontecimiento que está viviendo, a lo que se añade la orientación al riesgo en la atención a la gestante, de modo que las visitas a los profesionales se dirigen, principalmente, a evitar posibles peligros para ella y su criatura, lo que genera incertidumbres y temores y propicia la *obediencia* o la falta de cuestionamiento a quienes tienen el saber. Y es en esta condición que la mujer llega al momento del alumbramiento.

No se cuestiona que el objetivo de todas las recomendaciones que recibe es propiciar que el embarazo llegue a feliz término y que el bebé nazca sano, pero, a diferencia de cuando se acude a un profesional de la obstetricia y ginecología para recibir ayuda por un problema médico o para realizar controles preventivos, donde la mujer decide libremente si quiere o no atender dichas recomendaciones, y tiene en sí misma la medida de malestar o bienestar respecto a su situación de salud, en la atención al embarazo y al parto, el bienestar del nasciturus escapa al control de la gestante, salvo que se trate de situaciones muy evidentes, como, por ejemplo, la ausencia completa de movimiento durante un periodo prolongado, o la pérdida de líquido amniótico, o el sangrado vaginal, entre otros. El temor a lo que pueda suceder y las incertidumbres que la propia gestación genera, son un terreno abonado para que la mujer ceda la toma de decisiones a quien ostenta el conocimiento, en una relación profesional-paciente de clara asimetría.

En el momento del parto, otros elementos que van a ser determinantes en la pérdida de autonomía de la mujer son el dolor y la fatiga. El trabajo de Giraldo et al. (5) evidencia, desde el enfoque de la Teoría de los síntomas desagradables, que estos síntomas, dolor y fatiga, repercuten en la resolución de problemas, entre otros. Señalan las autoras que el dolor se acompaña de múltiples sensaciones como la ansiedad y el miedo inminente, que se acentúa de modo especial cuando se realizan determinadas prácticas, como el tacto vaginal, la maniobra de Kristeller y otras. Por otro lado, la fatiga se percibe por las participantes en este estudio como cansancio, que relacionan con estar casi siempre en la misma posición, especialmente, en situaciones de monitorización continua del feto durante la fase de dilatación.

Tomando en consideración todo lo anterior, hay autores (6) que consideran que el recurso a los llamados planes de parto puede resultar de ayuda para evitar la pérdida de autonomía de la mujer en el momento del alumbramiento. Con carácter previo a la discusión sobre la suficiencia de esta herramienta para promover por sí misma el respeto a la autonomía decisional de la mujer, habría que considerar la idoneidad de su denominación.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, un plan es un “modelo sistemático de actuación pública o privada, que se elabora anticipadamente para dirigirla y encauzarla” (7), sin embargo, como buena parte de los procesos que requieren atención de salud, (patológicos o no), el parto se acompaña de cierto grado de incertidumbre respecto a su desarrollo y resultados, lo que hace que sea imposible predeterminar y cumplir al 100% el contenido de un plan de parto; de ahí que algunos autores, con acierto, prefieran hablar de *guía para el parto* o *preferencias para el parto*

(8, 9, 10). En este sentido, parece más acertado considerar la implementación de un proceso deliberativo que se inicie desde el momento en que se inicia la relación asistencial con la mujer embarazada, de modo que sea posible ir conociendo sus preferencias y adaptarlas al discurrir de la gestación y posterior alumbramiento.

Es en este contexto en el que emergen las cuestiones que son objeto de este trabajo:

- a) ¿La pérdida de poder y control de la mujer durante el parto puede generar lo que se ha venido llamando violencia obstétrica? De ser así, ¿es esta la denominación apropiada?
- b) ¿Es esta una cuestión que el derecho deba regular? En caso afirmativo, ¿cuál debe ser el enfoque legislativo?

Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha procedido, fundamentalmente, a la indagación bibliográfica, así como al examen de diversos instrumentos internacionales y de normas vigentes en España dirigidas a prevenir la violencia contra las mujeres. En cuanto a la primera, se comenzó por la bibliografía general, a fin de obtener una visión global del objeto de estudio, para después descender a la específica y contextual.

La bibliografía general aporta elementos históricos que permiten valorar de una manera breve (habida cuenta de la extensión de este trabajo), como ha evolucionado la asistencia al parto. Por su parte, la bibliografía contextual permite precisar algunos conceptos de violencia para tratar de identificar en ellos malas prácticas o abusos en la atención al parto; así mismo, aporta los datos relativos a la asistencia a partos y salud obstétrica en general que son necesarios para valorar si existe el fenómeno conocido como violencia obstétrica. Por último, la bibliografía específica contribuye al análisis de los aspectos normativos de este trabajo, si bien es cierto que no se puede hablar de una base doctrinal consolidada en la materia, ya que se trata de un fenómeno aún muy poco estudiado en España.

El análisis de instrumentos internacionales se dirige a dibujar el marco en el que debe desenvolverse el tratamiento jurídico de la violencia obstétrica, lo que permite comparar la normativa española y valorar su suficiencia para atender este problema.

¿Existe la llamada violencia obstétrica en la atención al parto?

La aproximación a la primera de las cuestiones pasa por definir a qué se llama violencia obstétrica. En 1827, *The Lancet* publicó uno más de la serie de textos agrupados como *Lectures on the Theory and Practice of Midwifery*, elaborado por el Dr. Blundell del Guy's Hospital. En este texto, Blundell menciona algunas prácticas lesivas para la mujer y el feto, señalando que, en ocasiones son debidas “a la innecesaria y ruda introducción de una mano ignorante o a la ofensiva y áspera inserción de fórceps, o, cuando el instrumental ha sido introducido, a la rápida extracción de la cabeza del feto” (11). En un escrito posterior, afirma: “la violencia, recuerde, especialmente, no tiene lugar en la partería científica.” (12)

En esa misma colección de escritos, el autor llega a afirmar:

Cuando la placenta es arrancada de forma grosera e imprudente por la mano de la matrona, cabe esperar que se produzcan las peores consecuencias. Inundaciones, tremendas laceraciones, inversiones del útero, tales son los efectos de la violencia obstétrica, una violencia obstétrica feroz y atroz; ese insaciable y sangriento Moloch,

ante cuyo sangriento santuario se han sacrificado tantos miles de personas, a las que sucederán, en años futuros, víctimas aún más numerosas. (13)

Como vemos, la expresión violencia obstétrica no es de cuño reciente, sino que se identifica con prácticas inadecuadas en el contexto de la atención al parto que causan serios daños a las mujeres. La clave de esta forma violenta de atención recogida en los escritos de Blundell está en la imprudencia grave del profesional, es decir, en la omisión de las más elementales normas de cuidado que provoca un daño evitable.

Pero no todas las prácticas abusivas que se dan durante la atención al parto revisten las características propias de las conductas imprudentes. Durante muchos años, ciertas formas de atención durante el parto poco respetuosas con los derechos de las mujeres han permanecido silenciadas y, de alguna manera, se ha estimado que son *normales*: no usar biombos en las exploraciones ginecológicas de las mujeres en habitaciones compartidas, minusvaloración del dolor o la fatiga, empleo de medicamentos como la oxitocina sin indicación para acelerar el parto, sin información ni consentimiento de la mujer, referencias despectivas a la vida sexual de la mujer, etc.

Si se trasladan esas conductas profesionales a otros contextos de atención, como una cirugía, o un tratamiento oncológico, o cualquier otro, es bastante probable que se aprecie la necesidad de legislar sobre medidas dirigidas a su erradicación – si acaso ya no existen – y a la sanción de quienes las practican. Aun así, cabría preguntarse si son constitutivas de una conducta violenta, o se trata, meramente, que no es poco, de una práctica antijurídica, en la medida en que no responde a la *lex artis* y, evidentemente, antiética.

La violencia supone el empleo de la fuerza física o psicológica para lograr algo contra la voluntad de otro. Según González Calleja, esta conceptualización de la violencia nos transmite la idea de vulneración de los derechos del tercero afectado por la misma, siendo un ataque intencional contra su integridad física y/o moral, de modo que, a su juicio, cualquier violación de derechos bajo formas de constricción arraigadas en sistemas o estructuras, “no debiera ser considerada [...] como violencia stricto sensu, sino como causas ‘estructurales’ que podrían compeler a actuaciones conscientes y abiertas de esa naturaleza” (14).

Un planteamiento de estas características podría excluir de la calificación como violentas las prácticas irrespetuosas con los derechos de la mujer en la atención al parto que no fueran intencionales, dejándolas en una especie de limbo jurídico al no reunir, en la mayoría de los casos, los requisitos necesarios para generar responsabilidad jurídica.

Pero hay otras concepciones de violencia, como la apuntada por Galtung, según el cual “la violencia está conformada por afrentas evitables a las necesidades humanas básicas, y más globalmente contra la vida, que rebajan el nivel real de la satisfacción de las necesidades por debajo de lo que es potencialmente posible” (15). Es decir, en esta conceptualización, la clave está no en la intencionalidad, sino en la posibilidad de evitar esas afrentas, de evitar el resultado.

En este mismo marco discursivo podemos entender las conductas irrespetuosas en la atención al parto integradas dentro de la llamada violencia estructural, que, siguiendo a Jiménez Bautista, es aquella que puede definirse como:

[...] procesos de la violencia en los que la acción se produce a través de mediaciones ‘institucionales’ o ‘estructurales’. Podría ser entendida como un tipo de violencia indirecta presente en la injusticia social, y otras circunstancias que en definitiva hacen

que muchas de las necesidades humanas de la población no sean satisfechas cuando con otros criterios de funcionamiento y organización, lo serían fácilmente. (16)

Resulta de interés esta definición en el contexto de la atención al parto porque, posibilita la intervención sobre los modelos organizativos de la asistencia sanitaria en el alumbramiento, de modo que se pueda superar el paradigma industrial de eficiencia y se atienda a la realidad de la persona atendida; es a esto a lo que intentan dirigirse los modelos de humanización del parto.

Por otra parte, como afirman Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi no se debe pensar que el infra diagnóstico de estas prácticas es equivalente a una baja incidencia:

No debemos pensar que la invisibilidad de esta praxis obedezca a bajas tasas de incidencia. Es verdad que existen complicaciones para el registro de casos. Se trata de una cuestión innovadora, con pocos estudios en España, donde la violencia obstétrica puede adoptar numerosas formas y en ocasiones puede subestimarse bajo síndromes de depresión posparto o estrés postraumático. Se trata de un problema muy poco abordado, en especial sobre la percepción de las usuarias y de los/las profesionales de la salud. (17)

Ubicada como violencia institucional, la violencia durante la atención al parto se caracteriza, justamente, porque es silenciosa, suele permanecer invisibilizada, con un bajo nivel de percepción tanto por parte de los profesionales como de las propias mujeres, que consideran que es *normal*, porque siempre ha sucedido así, lo que la hace participar también de la cualidad de violencia simbólica o cultural.

Derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva

Más allá de los contenidos generales en materia de promoción de la igualdad entre hombres y mujeres que arranca con la Declaración Universal de Derechos Humanos, el transcurrir del tiempo hizo evidente la necesidad de contar con instrumentos de protección específica de los derechos de las mujeres, y así, en 1979, la Asamblea General de la ONU adoptó la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Su artículo 12 reviste particular interés, particularmente su párrafo segundo, al establecer la obligación de los Estados Parte de garantizar servicios apropiados para el embarazo parto y puerperio:

1. Los Estados Parte 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 Parte 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. (18, p.13)

Posteriormente, este artículo fue objeto de aclaración a través de la Recomendación General N° 24 de Naciones Unidas y, particularmente en relación con su párrafo 2, se estableció la obligación de los Estados Parte de indicar en sus informes “qué medidas se han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y el período posterior al parto” (19).

El 20 de diciembre de 1993 se aprueba por Naciones Unidas la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres. En este instrumento, se declara el derecho de las mujeres al más

alto nivel posible de salud física y mental y entre las formas de violencia contra la mujer incluye “la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o consentida por el Estado, dondequiera que ocurra” (20), lo que resulta de interés desde la consideración de la violencia obstétrica como violencia institucional.

En 1995 se celebra la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de la ONU y se aprueban la Declaración y la Plataforma de Beijing (21), en las que la salud sexual y reproductiva de la mujer juega un papel destacado, declarándose su derecho a tomar decisiones libres de coacción y violencia, y se señala que en muchas ocasiones las mujeres que reciben atención médica no son tratadas con respeto, y no se garantiza su derecho a la intimidad y a la información clínica.

A lo largo de las últimas décadas, diversos organismos internacionales se han pronunciado respecto a esta cuestión. Así, en 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una declaración en la que comenzaba señalando la existencia de un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en los centros sanitarios que amenazaba no solo la dignidad de las mujeres, sino también sus derechos a la vida, la integridad física y la salud. La citada Declaración reconoce que en el parto se da una especial situación de vulnerabilidad de la mujer, que la pone en riesgo de sufrir maltrato físico y verbal y procedimientos médicos sin consentimiento, pérdida de privacidad y considera, en consecuencia, que 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” (22). Como se puede apreciar, en ningún momento se usa la expresión violencia obstétrica.

Posteriormente, en 2019, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, Dubraka Simonovic presenta el informe titulado *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductivos, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. En él se hace hincapié en la falta de consenso sobre el modo de definir y medir la violencia contra la mujer durante la atención al parto, y hace uso del término *violencia obstétrica*:

violencia sufrida por las mujeres durante la atención al parto en los centros de salud (... , pero dado que) no se usa en el derecho internacional de los derechos humanos, (...con el) fin de abordarlo en el actual marco internacional de los derechos humanos de las mujeres, también (se) utiliza el término “violencia contra la mujer durante la atención al parto”. (23)

Posteriormente, la Resolución N° 2.306 (2019) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa integra plenamente la expresión violencia obstétrica y ginecológica para referirse a

prácticas violentas o que pueden ser percibidas como tales. Se trata de actos inadecuados o no consentidos, como las episiotomías y las palpaciones vaginales realizadas sin consentimiento, la presión sobre el fondo del útero o las intervenciones dolorosas sin anestesia. (24)

Como se puede apreciar, la tendencia apunta claramente al uso de la expresión violencia obstétrica para referirse a prácticas abusivas desplegadas por profesionales sanitarios durante la atención al parto que se caracterizan, en general, por la falta de consentimiento y por el malestar que generan en las mujeres que las sufren, sin que, en la mayoría de los casos, generen daños objetivos que puedan probarse y dar lugar a responsabilidad civil, penal o administrativa.

Una mirada a la violencia obstétrica desde la asistencia.

A pesar de la extensión del uso de la expresión violencia obstétrica desde distintos organismos internacionales y nacionales, en España, los profesionales afectados, en general, no están de acuerdo ni con la existencia de prácticas abusivas en la atención al parto, ni con el uso del término violencia obstétrica, si bien no hay una única posición al respecto.

En el caso de las matronas, son interesantes los trabajos realizados por Llobera en el marco de la atención al parto en el Servicio Balear de Salud (25, 26) porque aportan en un mismo contexto asistencial, las perspectivas de las matronas y de las mujeres atendidas.

El primero de ellos, explora las percepciones de las matronas en relación con el respeto por la autonomía y la intimidad de las mujeres y el trato dispensado durante el embarazo, parto y puerperio, así como la adecuación de la práctica obstétrica de acuerdo con las recomendaciones y guías del Ministerio de Sanidad.

La recogida de información se realizó a través de un cuestionario, con una participación de más del 80% de las matronas del Servicio Balear de Salud. Más de la mitad de las consultadas consideraron que se respetaba la intimidad y que se generaba un clima de confianza adecuado para la mujer atendida, si bien casi un 30% (28, 8) de la muestra refirió un grado de acuerdo importante respecto a la práctica de técnicas innecesarias o inadecuadas por miedo, lo que puede hacer pensar en la existencia de lo que se podría denominar partería defensiva que no ha sido suficientemente explorada.

En el caso de las mujeres que habían pasado por la experiencia del parto, los resultados fueron considerablemente diferentes, si bien es cierto que la comparación de ambos estudios no es posible, ya que el diseño de este último es cualitativo y la muestra, intencional, está conformada por 12 mujeres. Aun así, resulta de interés observar la diferente visión que tienen las mujeres respecto a la atención recibida, de modo que en las conclusiones del trabajo se señala lo siguiente:

[Las mujeres entrevistadas] expresaron que el trato impersonal, sin presentaciones, deshumanizado, irrespetuoso, o jerarquizado, y la atención insuficiente fue en muchas ocasiones la base de la VO sufrida y fuente de sentimientos negativos que influyeron directamente en la experiencia del embarazo, el parto y puerperio. Destacaron que las relaciones de poder entre profesional y paciente no favorecían la proximidad, dificultaban la comunicación abierta, y en muchas ocasiones se imponía el criterio del/la profesional sin escuchar sus necesidades o demandas. (26)

Esta diferente visión, aun sirviendo solo de ejemplo, apunta a lo que parece ser uno de los más importantes pilares del problema que se está abordando, y es la interiorización en las prácticas cotidianas de determinadas actitudes que pueden constituir formas de trato poco respetuoso. Es cierto que, en buena medida, esto pueda ser debido a la alta presión asistencial y al modo en que se organizan los servicios, pero, en todo caso, debe invitar a reflexionar sobre lo que está sucediendo.

En el caso de los médicos, la Organización Médica Colegial emitió un comunicado en el que expresaba su malestar por la inclusión del término *violencia obstétrica* en el borrador de Anteproyecto de Ley Orgánica de modificación de la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual reproductiva y de interrupción del embarazo, señalando que no era ajustado a la realidad asistencial y que criminalizaba a los médicos de nuestro país que trabajan bajo los principios del rigor científico y la ética médica (27).

Sin negar la existencia de una alta calidad en la atención médica en España, es necesario no cerrar los ojos a los datos. Así, el informe *Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018*, publicado en 2021 por

el Ministerio de Sanidad (28), arroja información relevante respecto a determinados indicadores de calidad en la atención obstétrico-ginecológica que, cuando menos, deben ser objeto de estudios más completos. Veamos algunos ejemplos relativos a 2018:

- De los 250.704 partos atendidos en los hospitales españoles, públicos y privados, en 31.732 se efectuó una amniotomía (rotura artificial de la bolsa); de esas, 29.312 se realizaron en hospitales públicos, y si bien se evidencia una tendencia descendente en el periodo 2010-2018, los datos son mejorables, teniendo en cuenta de que se trata de una práctica no recomendada por la OMS, además de por las guías y protocolos elaboradas por el Ministerio de Sanidad, que recomiendan no interferir en los partos eutócicos “en el proceso normal de rotura espontánea de membranas. [...] ya que puede producir efectos adversos y complicaciones como aumento del riesgo de infección o aparición de patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal” (28).
- El 33% de los partos atendidos en hospitales españoles fueron médicamente inducidos, a pesar de que se trata de una práctica no exenta de riesgos. En el caso de los hospitales públicos, la tendencia es ascendente. Igualmente, se encuentra fuera de las recomendaciones de la OMS en la atención al parto, se considera que el estándar de buena práctica está entre el 5 y el 10%.
- Se practicaron episiotomías en el 27,33% de los casos, si bien en los hospitales públicos la tendencia es descendente, aunque todavía elevada. La OMS no recomienda su uso ampliado en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo. También es una práctica no recomendada en la *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud* (29).
- El 18,8% de los partos fueron instrumentales, correspondiendo mayoritariamente a los hospitales públicos (el 17,5%). Se evidencia una tendencia ascendente, a pesar de la existencia de indicaciones la conveniencia de evitar los partos instrumentados (29), salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo expulsivo.
- Respecto al tipo de parto, en los hospitales de la red del Sistema Nacional de Salud tuvieron un 21,8% de partos por cesárea, mientras que en los hospitales privados dicha tasa fue de 36,5%. La recomendación de la OMS es que no supere una tasa del 10%, por encima de la cual no se aprecian beneficios de reducción de morbilidad materno-fetal.

En definitiva, aunque algunos indicadores han mejorado, aún hay muchas prácticas que deben llevar a reflexionar respecto al modo en que se atienden los partos. En las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia positiva* aparece en primer lugar la siguiente:

Proporcionar una atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, se asegure la integridad física y el trato adecuado y se permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto. (30)

Medir de una manera certera la eficacia práctica de la recomendación resulta difícil, pero los estudios publicados parecen poner de manifiesto que hay mucho camino que andar en ese sentido.

Distintos países de Latinoamérica y el Caribe han promulgado normas dirigidas a erradicar la violencia contra la mujer en la atención al parto, como es el caso de Venezuela, Argentina, Puerto Rico o México; en otros países, la violencia obstétrica aparece incluida dentro de normas que se dirigen a erradicar la violencia de género, como sucede, por ejemplo, con Uruguay. Sin embargo, según expresan Díaz y Fernández (31), en la práctica, la situación no ha mejorado sustancialmente.

Recapitulando, los estudios revisados y los datos aportados desde el propio sistema sanitario, permiten concluir que se realizan procedimientos que vulneran de los derechos de la mujer en la atención al parto que pueden poner en riesgo su salud física y psíquica.

Es cierto que los porcentajes en los que se dan ese tipo de prácticas en España no es excesivamente elevado, pero también lo es que se trata de conductas no suficientemente estudiadas, lo que no permite conocer con exactitud la magnitud del problema, más allá de los indicadores de calidad referidos a procedimientos concretos, pero que no reflejan, por ejemplo, si existen otras formas de trato poco respetuosas con la integridad moral de las mujeres atendidas, de modo que, en congruencia con las recomendaciones y mandatos realizados desde organismos internacionales, un primer paso debe ser el estudio en profundidad de las formas de atención al parto en nuestro país, acompañado de intervenciones educativas dirigidas a la sensibilización de estudiantes y profesionales de ciencias de la salud en esta materia.

Por otra parte, sin ocultar la realidad de la inadecuada atención al parto, parece importante usar un término *menos agresivo*, para referirse a las prácticas poco respetuosas con los derechos de las mujeres en este contexto. El empleo del término violencia obstétrica genera malestar entre los profesionales, que con carácter general, se desempeñan profesionalmente con estándares óptimos de respeto por los derechos de las mujeres, y probablemente no sea una llamada de atención para quienes no lo hacen. Puede resultar más útil poner el enfoque en el respeto de los derechos en lugar de en la idea de prácticas violentas, de modo que pueda tener calado suficiente entre los profesionales y permita una mayor asimilación de formas de ejercicio que consideren a la mujer atendida en su integridad y permitan también la reorganización de la asistencia para alcanzar el objetivo de un parto más humanizado.

Uno de los términos usados para describir prácticas poco respetuosas con los derechos de las mujeres en la atención de salud es *abuso o maltrato en la asistencia sanitaria*, que es definido como “las experiencias subjetivas de los pacientes en sus encuentros con el sistema sanitario, caracterizadas por acontecimientos (...), en los que los pacientes sufren y sienten que pierden su valor como seres humanos” (32). El estudio de Lukasse et al. (33) pone de manifiesto que la experiencia de abuso en la atención sanitaria durante el embarazo y parto es común en las mujeres del norte de Europa, y distinguen entre abuso leve, moderado y grave. El primero se relaciona con un sentimiento de degradación y falta de respeto por las opiniones de la paciente; el segundo, como una experiencia terrible e insultante que la paciente no era capaz de explicar o de encontrar su causa y el tercero, como la experiencia de herida física o emocional causada intencionalmente, tal y como es percibido por la paciente, que se recibe como una violación o un uso de su cuerpo y de la posición de subordinación en beneficio del profesional.

Creo que esta forma de configurar el concepto ayuda a comprender mejor el fenómeno de la violencia obstétrica en la atención al parto y permite entender que su regulación jurídica debe partir de un entendimiento profundo de la naturaleza y las causas de esta.

¿Se debe legislar en materia de violencia obstétrica?

A la luz de lo expuesto, y sin perjuicio de la denominación que pueda recibir, la existencia de prácticas poco respetuosas con los derechos de las mujeres durante la atención al parto es una realidad, lo que conduce a plantear la necesidad de legislar sobre este asunto. Una de las preguntas que puede surgir en relación con ello es si la baja eficacia para combatir la violencia obstétrica que se

aprecia en algunos de los países donde se ha legislado sobre asunto significa que es inútil este abordaje para promover la erradicación de una atención poco respetuosa al parto. A mi juicio, la respuesta a esta pregunta debe ser negativa, si bien admite una matización: legislar es necesario, pero no suficiente, ya que también se debe promover la sensibilización a través de la formación de los profesionales que trabajan en este medio. Si se considera la respuesta dada por la Organización Médica Colegial al anuncio de la inclusión del término *violencia obstétrica* en el Anteproyecto de Ley Orgánica de Reforma de la Ley Orgánica 2/2010, se aprecia que fue más defensiva que reflexiva, lo que, de alguna forma, pone de manifiesto la necesidad de deliberar sobre este asunto de una manera sosegada.

¿Qué medidas legislativas se han adoptado o se tiene previsto adoptar en España? Hasta el momento no hay una respuesta general del Estado en esta materia. De hecho, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, señala como objeto de la norma actuar contra un determinado tipo de violencia – incluyendo la violencia vicaria –, que define en los siguientes términos:

[...] la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas 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.
(34)

Como se puede apreciar, la configuración de la violencia en la Ley solo incluye la que es ejercida por hombres que son o han sido cónyuges o parejas de las mujeres víctimas de dicha violencia. Frente a la inacción estatal, algunas Comunidades Autonomas han tratado de promover medidas legislativas dirigidas a incluir la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, aunque sin mucho éxito, con la única excepción de la Ley N° 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley N° 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista de la Comunidad Autónoma de Cataluña. El cambio fundamental que introduce esta reforma es la incorporación de la violencia obstétrica como una de las formas que puede adoptar la violencia género. Así, en el artículo 4.2 d) define la violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos en los siguientes términos:

[...] 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.
(35)

Posteriormente, la misma norma (artículo 5) hace referencia a los ámbitos en los que se puede dar la violencia machista, incluyendo entre ellos el institucional, que estaría constituido por “las acciones y omisiones de autoridades, personal público y agentes de cualquier organismo público” (35) que tengan por objetivo impedir u obstaculizar de cualquier manera el acceso a las políticas públicas

y a los derechos reconocidos en la Ley, haciendo mención también de la falta de diligencia en el abordaje de la violencia machista cuando es resultado de un patrón de discriminación reiterado y estructural. Como recurso adicional para su encaje en la norma, el artículo 5. Noveno introduce un cajón de sastre donde puede ubicarse “cualquier otra forma análoga de lesión de la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres”.

La falta de concreción de esta Ley, en lo que parece un recurso desproporcionado para dar cabida a cualquier tipo de violencia por razón de género, dificulta la identificación de medidas dirigidas a promover la erradicación de la violencia obstétrica, pero podría aventurarse que es en el ámbito institucional, dónde se podrían ubicar las medidas dirigidas a sancionar la violencia obstétrica, de modo que podría ser atribuida a una falta de diligencia por parte de la Administración la existencia de patrones asistenciales discriminatorios que atenten contra los derechos de la mujer, en este caso, durante la atención al parto. En cualquier caso, no deja de llamar la atención que, a pesar de la profusa descripción del concepto *violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos*, no se introduzcan medidas específicas para combatirla.

En la misma línea de la Ley catalana, el Anteproyecto de Ley Orgánica de modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo que señala en su Exposición de Motivos la intención de la norma:

[Promover] la responsabilidad institucional de las Administraciones Públicas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (...), sobre todo, a través de la promoción de servicios de ginecología y obstetricia que respeten y garanticen los derechos previstos en la ley, poniendo el consentimiento informado de la mujer en el centro de todas las actuaciones (...). (36)

Posteriormente en la modificación del artículo 1 *in fine* establece que la ley “se dirige a prevenir y a dar respuesta a todas las manifestaciones de la violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo” (36), un objetivo ciertamente ambicioso, que el Anteproyecto no parece alcanzar en el ámbito de la atención al parto.

Probablemente debido a las presiones recibidas desde las organizaciones médicas, en la norma propuesta no aparece el término *violencia obstétrica*; en su lugar, se habla de *intervenciones obstétricas y ginecológicas adecuadas*, entendidas como las que promueven y protegen la salud física y psicológica de las mujeres en el contexto de la atención a su salud reproductiva, con un énfasis especial en la evitación de intervenciones inadecuadas e innecesarias. La faz negativa de este concepto vendría determinada por el término *violencia el ámbito reproductivo*, que se define como “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 [...]”. (36)

Como se puede apreciar, el Anteproyecto, sin omitir completamente la cuestión de las prácticas irrespetuosas o no consentidas, pasa de puntillas por esta cuestión. Es evidente que el énfasis de este no está en la prevención prácticas inadecuadas en la atención al parto, sino en la revisión profunda de la interrupción voluntaria del embarazo.

Aun así, la propuesta normativa trata de seguir algunas de las recomendaciones establecidas 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, en la que se “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, [...]” (37)

En línea con esto, en la propuesta de modificación del artículo 3 de la Ley N° 2/2010 que contempla el Anteproyecto, introduce como principio rector *la diligencia debida*, estableciendo que la protección de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos se extenderá a todas las esferas de responsabilidad institucional y estará encaminada a garantizar el reconocimiento y ejercicio efectivo de los derechos, corresponsabilizando a las Administraciones de la pervivencia e indemnidad de estos (38).

El artículo 5 del Convenio de Estambul (39) incorpora la diligencia debida, que opera en un doble sentido:

- a) Por una parte, la obligación de abstenerse de cometer cualquier acto de violencia contra las mujeres, asegurándose de que las autoridades, los funcionarios, los agentes y las instituciones estatales, y todos los actores que actúan en nombre del Estado se comporten de acuerdo con esta obligación.
- b) En segundo lugar, su obligación de establecer medidas legislativas y otras necesarias para actuar con la diligencia debida para prevenir, investigar, castigar y conceder una indemnización por los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio cometidos por actores no estatales.

De acuerdo con esto, la vía idónea para las reclamaciones de las que pueda ser objeto la *violencia en el ámbito obstétrico* en el ámbito de la Administración pública sería la administrativa y, en caso de no resolverse, la contencioso-administrativa. Sin embargo, no parece claro que los tribunales de este orden jurisdiccional estén adoptando una perspectiva de género cuando le son encomendados casos relativos a prácticas abusivas en la atención al parto (40). Este fue el camino iniciado por S.F.M. de manera infructuosa², hasta el punto de que, agotada la vía interna, acabó dirigiéndose al Comité de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer para solicitar la satisfacción de su pretensión. No obstante, alguna puerta al cambio de perspectiva de los jueces y

² Los hechos que motivaron reclamación de S.F.M. fueron los siguientes: i) mujer de 33 años que se encuentra en las últimas semanas de embarazo y con pródomos de parto acude a urgencias de un hospital público con la finalidad de consultar si efectivamente el parto se había desencadenado. Sin embargo, es ingresada sin recibir información previa y prestar su consentimiento; ii) en un espacio de 48 horas, S.F.M., según relata, fue sometida a 10 tactos vaginales, sin que aún se hubiera desencadenado el parto y se le administró oxitocina para inducirlo sin su consentimiento, sufriendo fiebre, vómitos y dolores que la paciente atribuye a la medicación administrada. Finalmente fue llevada a paritorio, donde se asistió un parto instrumental con ventosas y práctica de episiotomía, así como extracción manual de la placenta; iii) el bebé resultó ser una niña que nace con una infección por E. Coli, que requirió ingreso en neonatos y antibioterapia por siete días. Por último, la demandante refiere como secuelas estrés post traumático, que precisó atención psicológica, vaginismo, pérdida de tono en el suelo pélvico que requirió tratamiento rehabilitador. El tribunal de instancia que juzgo el caso no propuso pericia judicial, de modo que solo se contó con los informes de los peritos de parte. Es un dato de interés porque, a pesar de que el Tribunal Superior de Justicia de Galicia (en adelante TSJ) señaló la conveniencia de que esta pericia se hubiera solicitado, en su análisis de los hechos parece dar una mayor credibilidad a los informes periciales presentados por el Servicio Gallego de Salud, y también a la testifical de esta parte, a pesar de que algunos de los argumentos proporcionados por los profesionales que atendieron el parto no estaban en línea con las recomendaciones efectuadas por las autoridades sanitarias nacionales e internacionales. En un momento de su argumentación el TSJ llega a afirmar, en relación con la administración de oxitocina que “una y otra tesis parecen encubrir distintas posturas manifestadas por los partidarios del parto natural y quienes introducen matices importantes a ello, (...)”, para terminar concluyendo que “(...) tampoco cabe deducir una anómala atención de este segundo factor. En cualquier caso, la perspectiva que adopta el TSJ para el correcto enjuiciamiento del caso el criterio establecido en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en la que se establece que **“no todo daño causado por la administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”** (39, la negrita es del texto original). Con este precedente, el TSJ **“la responsabilidad patrimonial en este ámbito cuenta con sus propias peculiaridades (...) para acoger (...) un sistema por funcionamiento anormal, empleando para ello como criterio corrector la “lex artis”, de manera que la responsabilidad solo surge en aquellos casos en los que existe una falta de adecuación de la conducta asistencial, a los criterios, protocolos o normas de actuación médica que cada vez son más abundantes”** (40, la negrita es del texto original).

tribunales en esta materia se abre al analizar el pronunciamiento del Tribunal Constitucional de España en la sentencia 66/2022 de 2 de junio (41) y, especialmente, los votos particulares emitidos por cinco magistrados y magistradas al fallo desestimatorio.

Por lo que se refiere al segundo sentido de la diligencia debida, el asunto deviene algo más espinoso, y la pregunta que cabe hacerse es si el ordenamiento jurídico penal español cuenta con medidas eficaces para investigar y castigar los actos relativos a la violencia en la atención al parto. Más aún, la cuestión que queda abierta es si realmente se deben tipificar penalmente este tipo de conductas desde la perspectiva de su utilidad para modificar conductas profesionales.

Respecto a la primera parte de esta cuestión, los tratos denigrantes y humillantes durante la atención a la mujer podrían encontrar encaje en una adición al artículo 173.1 que estableciera la no exigencia del requisito de habitualidad. Sin embargo, se plantean más dudas respecto a su conveniencia e idoneidad para prevenir conductas lesivas de la integridad moral de la mujer asistida en el parto. En cualquier caso, es una cuestión que aún está abierta al debate, no solo en España, sino en otros países europeos (32, 33).

El Anteproyecto de Ley Orgánica de modificación de la Ley Orgánica 2/2010 se menciona como orientación en la aplicación de la ley el fortalecimiento de la capacidad de agencia y autonomía, con especial atención a las mujeres. De modo más concreto, el capítulo II de la norma establece algunas medidas dirigidas a proteger los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico, entre las que están las siguientes (36):

- Reforzar la necesidad de requerir el consentimiento libre, previo e informado para todos los tratamientos invasivos que puedan darse durante la atención al parto, excepto en aquellas situaciones en las que las leyes ya establecen las excepciones a la obtención del consentimiento.
- Evitar prácticas innecesarias y/o inadecuadas que no cuenten con el suficiente aval científico.
- Reforzar prácticas relativas al parto respetado.
- Incremento de personal especializado.
- Proporcionar un trato respetuoso y una información clara y suficiente.
- Garantizar la no separación innecesaria de los recién nacidos de sus madres.

También en línea con las recomendaciones de la OMS, los organismos europeos y otros agentes, se insta a las Administraciones sanitarias a promover la realización de estudios sobre prácticas obstétrico-ginecológicas poco respetuosas con los derechos de la mujer en la asistencia al parto, que puedan servir de base para el establecimiento de políticas dirigidas a su erradicación.

Igualmente, la formación de los profesionales en prácticas respetuosas con los derechos de las mujeres se convierte en otro de los pilares en los que se apoya la promoción de un cambio en la asistencia al parto.

Por último, se prevé la aprobación de un Protocolo Común de Actuaciones en el seno del Consejo Interterritorial de Salud dirigido a adoptar medidas que permitan la promoción del respeto a los derechos sexuales y reproductivos en este ámbito.

No cabe duda de que se trata de un pequeño paso, pero quizá pueda ser útil para promover la reflexión sobre el modo en que se atiende a las mujeres cuando acuden a dar a luz.

Consideraciones finales

Como conclusión, cabe considerar que la centralidad de este problema de la violencia en la atención al parto no está solo en tipificar y castigar conductas lesivas para la salud física y/o psíquica de las mujeres por parte de los y las profesionales durante la atención a este, sino que se debe atender a otras formas más sutiles de violencia, maltrato o denigración, de las cuales las siguientes constituyen algunos ejemplos:

- Exploraciones ginecológicas en habitaciones compartidas sin colocar un biombo.
- Expresiones de desprecio hacia la mujer que acaba de dar a luz.
- Comentarios desafortunados sobre las dificultades de las madres para amamantar.

La lista podría ser muy larga, y como se aprecia, constituyen una forma de trato denigrante, pero su forma de presentación es tan amplia, que una regulación dirigida al castigo de estas conductas resulta muy compleja. En este sentido, es posible considerar que los recursos legislativos disponibles en la actualidad puedan ser, inicialmente, suficientes no solo para castigar prácticas inadecuadas, sino también para promover un modo de atención basado en la libre decisión de la persona atendida.

Aun así, se requiere de manera apremiante educar a los profesionales en valores de respeto hacia las mujeres y promover cambios de conducta. La existencia de guías de buenas prácticas y el uso del lesim o listas de comprobación pueden ser una ayuda importante, para comenzar. Al mismo tiempo, es fundamental promover la toma de conciencia por parte de las mujeres para que su voz sea escuchada y expresen sus deseos respecto a la atención que quieren recibir durante su alumbramiento.

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe ningún conflicto de interés.

Contribución de la autora

La autora contribuyó a la concepción, elaboración, redacción, revisión y aprobación del artículo.

Citas

1. Guerra, Francisco. Historia de la Medicina. Vol. I. Madrid: Ediciones Norma; 1982. 387 p.
2. Salaverry García, Oswaldo. Iatrogenia institucional y muerte materna. Semmelweis y la fiebre puerperal. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [Internet]. 2013 [citado 2022 may 18]; 30(3):512-517. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.292>
3. Viola FI, Bonet de Viola AM y Espinoza M. El racionalismo y la descorporalización moderna del parto: por una ecología del nacimiento. Salud Colectiva [Internet]. 2020 [citado 2022 jun 6]; 16:e2548. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2548>
4. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics [Internet]. 2001 [citado 2022 may 18]; 75(Suppl 1):S5–S23. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
5. Giraldo Montoya DI, González Mazuelo EM y Henao López CP. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Avances en Enfermería [Internet]. 2015 [citado 2022 may 1]; 33(2):271-281. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>
6. Silva ALNV da, Neves AB das, Sgarbi AKG, Souza RA. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2017 [citado 2022 may 1]; 7(1):144-51. Disponible en: <https://doi.org/10.5902/2179769222531>
7. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.ª ed. [versión 23.5 en línea]. [10 de julio de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
8. Welsh, J, Symon AG. Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences. Midwifery [Internet]. 2014 [citado 2022 abr 25]; 30(7):885-891. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.004>

9. Whitford H, Entwistle VA, van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, Tucker JS. Use of a birth plan within woman held maternity records: A qualitative study with women and staff in Northeast Scotland. *Birth* [Internet]. 2014 [citado 2022 abr 22]; 41(3):283-289. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/birt.12109>
10. Goberna-Tricas J, Biurru Garrido A. El alivio del dolor en el parto. Empoderamiento y vulnerabilidad de las mujeres en la toma de decisiones. Estudio cualitativo. *Musas* [Internet]. 2020 [citado 2022 abr 22]; 5(1):79-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/musas2020.vol5.num1.5>
11. Blundell, J. Lectures on the theory and practice of midwifery. Lecture VIII. *The Lancet*. 1827; I (222):329-335. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)75285-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)75285-3)
12. Blundell, J. Lectures on the theory and practice of midwifery. Lecture XXVI. *The Lancet*. 1827; II (244):129-136. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)91892-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)91892-1)
13. Blundell, J. Lectures on the theory and practice of midwifery. Philadelphia. Barrington & Geo. D. Haswell; 1842. 442 p.
14. Gonzáles Calleja E. El problema de la violencia: Conceptualización y perspectivas de análisis desde las ciencias sociales. *Investigaciones Sociales* [Internet]. 2006 [citado 2022 abr 22]; 10(17):173-216. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/is.v10i17.7054>
15. Galtung J. Paz por medios pacíficos: paz y conflicto, desarrollo y civilización [Internet]. Gernika Gogoratuz; 2003 [citado 10 jul. 2022]. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c07429a&AN=ulpgc.281305&lang=es&site=eds-live&scope=site>
16. Jiménez Bautista F. Antropología de la violencia: origen, causas y realidad de la violencia híbrida. *Revista de Cultura de Paz* [Internet]. 2020 [citado 2022 abr 22]; 3:9-51. Disponible en: <https://revistadeculturadepaz.com/index.php/culturapaz/article/view/62>
17. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2021 [citado 22 abr. 2022]; 35(3):211-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
18. Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Nueva York, 18 Dic 1979. Serie de Tratados de las Naciones Unidas, v. 1249. [citado 2022 abr 20]; Disponible en: https://treaties.un.org/doc/Treaties/1981/09/19810903%2005-18%20AM/Ch_IV_8p.pdf
19. Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW). Recomendación General N° 24 (20° periodo de sesiones, 1990). Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. *La mujer y la salud*. 1990 [citado 2022 abr 20]. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>
20. Naciones Unidas, Asamblea General. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. Resolución 48/104 de 20 de diciembre de 1993 [citado 2022 abr 20]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/eliminationva.pdf>
21. Naciones Unidas, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. 1995 [citado 2022 abr 20]. Disponible en https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdf
22. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014 [citado 2022 abr 20]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
23. Naciones Unidas, Asamblea General. 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). 2019 [citado 2022 abr 22]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>
24. Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria. Resolution 2306 (2019). Obstetrical and gynaecological violence. 2019 [citado 2022 abr 22]. Disponible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>
25. Llobera Cifre R. Humanización de la asistencia obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas Profesión*. 2018 [citado 2022 abr 15]; 19(1):12-20. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/149616/553259.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Llobera Cifre, R. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas*. 2019 [citado 2022 abr 22]; 10(1): 167-184. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/infe.60886>
27. Organización Médica Colegial. 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. Nota de prensa. Madrid. 12 de

julio de 2021 [citado 2022 abr 12]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-rechaza-y-considera-muy-desafortunado-el-concepto-de-violencia-obstetrica>

28. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018. 2021 [citado 2022 abr 12]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf

29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2008 [citado 2022 abr 12]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

30. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia positiva durante el parto. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. 2018 [citado 2022 abr 12]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

31. Díaz García LI, Fernández M Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de derecho (Valparaíso) [Internet]. 2018 [citado 2022 abr 12] 51:123-143. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>

32. Bruggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: a concept analysis. Scand J Caring Sci [Internet]. 2012 [citado 2022 abr 12]; 26:123-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00918.x>

33. Lukasse M, Schroll A-M, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, VanParys A-S, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2015 [citado 2022 abr 12]; 94:508-517. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/aogs.12593>

34. España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado núm. 313, de 29 de diciembre de 2004, páginas 42166 a 42197. 32 p.

35. Cataluña (España). Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista núm. 11, de 13 de enero de 2021, páginas 3096 a 3113. 18 p.

36. España. Anteproyecto de Ley Orgánica de modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo. [citado 2022 abr 12]. Disponible en: <https://www.igualdad.gob.es/servicios/participacion/audienciapublica/PublishingImages/Paginas/anteproyecto-lo-salud-sexual-reproductiva-interrup/APLO%20modificaci%C3%B3n%20LO%202010%20audiencia%20p%C3%BAblica.pdf>

37. Unión Europea. Parlamento Europeo. Resolución 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)). Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_ES.html

38. De la Herrán Ruiz-Mateos S. Estudio comparado de la diligencia debida reforzada como parámetro de medición de la respuesta institucional a la violencia de género. Revista de Estudios Jurídicos y Criminológicos [Internet]. 2021 [citado 2022 abr 12]; 4:25-48. Disponible en: <https://doi.org/10.25267/REJUCRIM.2021.i.4.03>

39. España. 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. Boletín Oficial del Estado núm. 137, de 6 de junio de 2014, páginas 42946 a 42976. 31 p.

40. Galicia (España). Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Recurso de Apelación. Sentencia 1852/2016. ECLI:ES:TSJGAL:2016:1852. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/search/AN/openCDocumen/47c54a4d73e1a196232be9f0b74c824e18458fd5e2cf5ba9>

41. España. Tribunal Constitucional. Pleno. Sentencia 66/2022. ECLI:ES:TC:2022:66. Disponible en: <https://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/29002>

Como citar

Medina-Castellano CD. ¿Existe la violencia obstétrica? Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2023 jan./mar.;12(1):37-52 <https://doi.org/10.17566/ciads.v12i1.960>

Copyright

(c) 2022 Carmen Delia Medina Castellano.

