

## ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y EL PARTO

### HUMAN RIGHTS APPROACH TO OBSTETRIC CARE AND CHILD-BIRTH

Rocío Paricio del Castillo<sup>1</sup>

*Estudiante de doctorado de Psiquiatra de la Infancia y la Adolescencia*

*Universidad Rey Juan Carlos y Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid) - España*

roparicio@gmail.com

María de los Ángeles Cano Linares<sup>2</sup>

*Profesora Titular Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales.*

*Universidad Rey Juan Carlos.*

angeles.cano.linares@urjc.es

**Resumen:** Pese a la controversia generada por el uso del término "violencia obstétrica", la existencia de prácticas inadecuadas durante la atención al parto hace necesario priorizar un enfoque basado en los derechos humanos para evitar el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva. La violencia obstétrica tiene graves repercusiones que no son, ni remotamente, males menores, puesto que comprometen la salud física y mental materna, su vinculación afectiva con su bebé, y el bienestar afectivo de éste, así como, en última instancia su desarrollo físico, emocional y social.

**Palabras clave:** Atención obstétrica, Violencia, Mujeres, Primera infancia, Derechos Humanos.

**Abstract:** Even though the term obstetric violence is controversial, inadequate practices in childbirth care make necessary to prioritize an approach based on human rights to prevent abuse and violence against women in reproductive health services. Obstetric violence has serious negative repercussions since they compromise the maternal physical and mental health, her affective bond with her baby, and the affective well-being of the latter, as well as, ultimately, their physical, emotional and social development.

**Keywords:** Obstetric Care, Violence, Women, Early Childhood, Human Rights.

Orcid<sup>1</sup>: 0000-0003-2734-0577

Orcid<sup>2</sup>: 0000-0002-1440-5880

Recibido: 28.01.2024

Aceptado: 01.02.2024

## 1. Introducción

El empleo de prácticas violentas en la atención obstétrica de las mujeres es un problema social y de salud que ha ganado relevancia en el debate público de actualidad. El reconocimiento de esta realidad a menudo se ve interferido por la propia naturaleza del parto: además de ser un evento vital de gran relevancia psicológica y social, se trata de un proceso fisiológico en el cual pueden surgir multitud de complicaciones y riesgos para la integridad y la vida, tanto de la madre y del bebé. La vulnerabilidad experimentada por las mujeres en los momentos perinatales, así como los elementos estructurales de la asistencia sanitaria en el momento de parto—que, en muchos casos, legitiman la toma de decisiones por parte los profesionales sin el consentimiento de las mujeres y sin atender a criterios clínicos—, participan en la creación de un escenario en el cual se producen prácticas inadecuadas, irrespetuosas o nocivas en la atención obstétrica de las mujeres, bajo un telón institucional que las mantiene ocultas.

Tras el inicio de las corrientes de denuncia de la violencia obstétrica en distintos países de Hispanoamérica (México, Venezuela, Argentina), en la primera década de los 2.000 (Bellón Sanchez, 2015) —y que culminó con la aprobación de leyes destinadas a luchar contra dicha violencia —, en España empezó a crecer un activismo que busca promover la atención obstétrica respetuosa. El aumento de denuncias de mujeres sobre el trato deshumanizado recibido en los paritorios vino de la mano de la nominación de estas conductas como “violencia obstétrica”. El término incluiría las prácticas violentas (ya sea en el plano físico, psicológico, verbal, institucional o simbólico) realizadas por parte de los profesionales sanitarios sobre los cuerpos y los procesos reproductivos de las mujeres, incidiendo en su salud sexual y reproductiva. El término “violencia obstétrica” no ha sido reconocido de manera universal, y es rechazado por un gran número de sociedades científicas, que consideran que este nombre cuestiona la ética, e incluso el honor, de las y los profesionales de la Obstetricia, al señalarlos como victimarios de prácticas violentas en su labor profesional de atención y cuidados. Sin embargo, estas resistencias no han impedido su progresiva extensión y su empleo, cada vez más frecuente, por distintos organismos oficiales. Es el caso de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) —que ha considerado la violencia obstétrica como una violación de los derechos humanos (ONU, 2019) —, y del Consejo de Europa (2019) —que ha señalado la existencia de “violencia obstétrica y ginecológica” —. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) continúa refiriéndose a esa realidad como “trato abusivo e irrespetuoso”, sin introducir la palabra “violencia”, si bien ha reconocido que “mu-

chas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto”, así como la existencia de situaciones en las que se produce una “profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad o incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo”.

Pese a la falta de consenso, y en ausencia de una definición unívoca sobre “violencia obstétrica”, este término abarcaría aquellas prácticas en las cuales confluyen de dos circunstancias fundamentales: un daño sufrido por las mujeres en los procesos de atención obstétrica, y la falta de respeto a su derecho a la autonomía (Mena-Tudela, 2022). Por tanto, la violencia obstétrica cuenta con características propias y específicas, al emerger en la encrucijada entre el proceso de toma de decisiones en la relación médico-paciente y la discriminación social sistematizada a la que aún se enfrentan las mujeres. Al asentarse sobre prácticas naturalizadas dentro de los procesos de atención a las mujeres, se trata de una violencia estructural e institucional, lo que dificulta su identificación, el estudio de su incidencia y sus mecanismos perpetuadores; pero, también, la adopción de medidas eficaces para su erradicación. Un obstáculo fundamental a la hora de luchar contra las prácticas violentas en la atención obstétrica es, precisamente, la negación de su existencia por parte de las instituciones, tanto sanitarias (donde se produce) y judiciales (desprotegiendo a las mujeres). En definitiva, en la violencia obstétrica concurre la problemática inherente a los sistemas jerárquico de poder en dos facetas fundamentales: en cuanto a la salud y en cuanto al género (Llobera, 2019).

La violencia obstétrica atenta de formas múltiples contra los derechos humanos de las mujeres. Además, las características específicas del proceso de parto y la influencia decisiva que éste tiene en el inicio de la vinculación madre-bebé (y, por lo tanto, en el sistema de apego del recién nacido), hacen que aumente el riesgo de una quiebra de la protección básica del bebé y de su interés superior, comprometiendo, también, su derecho a la salud (física y mental) con repercusiones que pueden mantenerse a lo largo de la vida. Las secuelas psicológicas de la violencia, ampliamente descritas en la literatura científica, y que se manifiestan de múltiples modos, adquieren una relevancia añadida durante el periodo postnatal, al tratarse de un momento de gran exigencia física y emocional para la madre, y una etapa crucial para el desarrollo infantil.

Siguiendo las recomendaciones ofrecidas por diversos organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas, y el Comité de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW, 2020), el presente trabajo revisa la situación de la atención obstétrica en España, los indicadores de

la existencia de violencia obstétrica en este país, y la vulneración de derechos humanos que este tipo de prácticas acarrearán.

## 2. Violencia Obstétrica en España

A nivel nacional, las estrategias específicas de atención al periodo perinatal en España se desarrollaron en el año 2007, cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” (2007) con el objetivo de ofrecer “asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y nacimiento, garantizando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia en la gestión de la maternidad hospitalaria”. Más tarde, la atención perinatal se incluyó en el marco de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), aprobada en 2011.

La incidencia de la violencia obstétrica, tanto a nivel nacional como mundial, continúa siendo desconocida. A pesar de que los organismos internacionales han instado a investigar sobre violencia obstétrica (mecanismos de producción, incidencia y prevalencia, consecuencias en salud), a fin de poder implementar medidas preventivas eficaces que permitan erradicarla, dicha investigación continúa siendo muy limitada, debido, en parte –tal y como se ha mencionado con anterioridad–, a la falta de consenso de la comunidad científica, y a las reticencias (cuando no negación) de las instituciones médicas a reconocer su existencia.

Dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, la investigación sobre violencia obstétrica resulta especialmente compleja. Entre otros factores, destaca la amplia variabilidad en la asistencia sanitaria ofrecida a lo largo del terreno nacional debido a la descentralización, al encontrarse las competencias en materia de Sanidad transferidas a las distintas Comunidades Autónomas. Además, esto provoca los datos obtenidos de los estudios realizados en los sistemas sanitarios de otros países sean difícilmente extrapolables al nuestro.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones para la investigación de las prácticas inadecuadas, deshumanizadas o violentas producidas en los paritorios españoles, las deficiencias en la atención obstétrica de nuestro país son claramente objetivables por medio del análisis de los datos publicados respecto a la atención al parto, cuyos resultados están muy alejados de los estándares de calidad. El Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud, publicado por el Ministerio de Sanidad (2012), muestra unos datos altamente preocupantes. Se detallan a continuación algunos ejemplos significativos:

- Se administró oxitocina durante la dilatación en 53,3% de partos de inicio espontáneo, un resultado dramáticamente alejado del estándar considerado una buena práctica asistencial (del 5 al 10%).
- Las inducciones de parto prácticamente doblaban las recomendaciones de referencia dadas por la Organización Mundial de la Salud (un 10%), alcanzando la cifra de un 19,4%.
- Las amniorraxis o roturas artificiales de la bolsa alcanzaron un 46.6% (un dato, que, según el propio informe, muestra un franco infra-registro en las historias clínicas), pese a que las guías clínicas desaconsejan su uso rutinario, y se estima que el empleo de esta técnica no debería superar el 20%.
- En el 87,4% de los partos vaginales se mantuvo la posición de litotomía (favorecedora para los profesionales que atienden el parto) durante todo el periodo expulsivo, muy por encima del estándar de calidad (menor del 30%); un dato que hablaría de la dificultad para el cambio de rutinas instauradas en la atención al parto.
- La maniobra de Kristeller, ampliamente desaconsejada en las guías de práctica clínica y por las organizaciones de salud, persistía en un amplio 26,1 % de los partos vaginales.
- Las episiotomías en los partos eutócicos se realizaron en un 41.9% de los casos, muy por encima del estándar de calidad (<15%).
- El empleo de partos instrumentales también estaba por encima del estándar de calidad (situado en un 15%), realizándose en un 19.5% de los casos.
- La tasa de cesáreas también se encuentra por encima del estándar de calidad establecido por la OMS (<15%), situándose 7 puntos por encima, con una tasa del 22.02%.

En el año 2021, el Ministerio de Sanidad publicó el informe denominado "Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018". En él, se analiza la evolución de la atención perinatal en los servicios hospitalarios españoles entre 2010 y 2018, empleando para ello las estadísticas y los registros hospitalarios oficiales. Concluye que, pese a la disminución del volumen de atención obstétrica (por disminución de la tasa de fecundidad española), las dotaciones de recursos humanos se mantienen estables. Respecto a los estándares de calidad, se observa que persiste una tasa de cesáreas por encima de las recomendaciones internacionales (en 2018 los hospitales de la red del SNS tuvieron un 21,8% de

partos por cesárea, y en los hospitales privados la tasa de cesáreas fue de 36,5%). Se objetiva un descenso en las ratios de amniorrexis artificial (de un 19,5% en 2010 a un 13,0 % en 2018) y de episiotomías (un 27,5%) en el último lustro. Sin embargo, se objetiva un incremento de los partos instrumentalizados, y un aumento significativo del uso del vacuum extractor, por encima de los índices deseados, y un incremento muy llamativo de inducciones de parto, claramente por encima del estándar de calidad (en el año 2018, se alcanzó una tasa de 34,2% partos inducidos) (Ministerio de Sanidad, 2021).

Una investigación particular realizada por un medio de comunicación (elDiario.es, 2022) ha permitido conocer las tasas de cesáreas realizadas entre 2010 y 2020 en cada centro hospitalario del territorio español, ofreciendo datos escalofriantes respecto al riesgo de que un parto termine en cesárea en función del centro hospitalario al que acuda, con una amplísima variedad de las tasas en función de los centros. En 28 hospitales españoles (tanto públicos como privados), la tasa de cesáreas supera el 45% de cesáreas, lo que supone que prácticamente la mitad de los partos a los que atienden terminan con esta cirugía mayor. Resulta significativo señalar que, según recoge el artículo en prensa, el Gobierno se negó en un principio a ofrecer estos datos para proteger la identidad de los hospitales, por lo que el medio hubo de recurrir al Consejo de Transparencia para conseguir acceder a los mismos. Si bien los datos de esta investigación demuestran nuevamente que la tasa de cesáreas es mucho mayor en la sanidad pública que en la privada, objetiva, también, grandes diferencias en función de las Comunidad Autónoma en la que dé a luz una mujer. Así, en Euskadi la tasa de cesáreas apenas llega al 15%, mientras que decenas de centros de Extremadura, Castilla y León, Andalucía o Castilla-La Mancha prácticamente triplican esas cifras.

Dentro de una misma Comunidad Autónoma, también se encuentran grandes diferencias entre los distintos centros hospitalarios. Un ejemplo es la Comunidad de Madrid, donde, por ejemplo, hay diferencias significativas entre las tasas de cesárea realizadas en centros hospitalarios públicos, como el Hospital La Paz (una tasa de cesáreas del 27%), concertados, como el Hospital Rey Juan Carlos (con una tasa del 13%), y las clínicas privadas, como la Ruber Internacional (con una tasa de cesáreas del 35%).

Los datos de atención al parto, sin duda muy alejados de los estándares de calidad, deben propiciar una reflexión acerca del modo en que se indican las intervenciones en el parto, y la posición que ocupan las mujeres en la toma de decisiones de salud en sus propios procesos de salud sexual y reproductiva. Resulta cuanto menos cuestionable considerar, ante tal sobreaplicación de técnicas agresivas sobre los cuerpos de las mu-

jeros en sus partos, que dichas mujeres son convenientemente informadas de los riesgos y beneficios de dichas intervenciones, y dan su consentimiento a que se realicen. Tal y como refieren Iglesias *et al*, la calidad de la atención obstétrica en España “es deficitaria a niveles alarmantes, tanto desde el punto de vista científico o biomédico, como desde el respeto a la dignidad, privacidad y a la autonomía de las mujeres” (Iglesias, 2019). Diversos estudios apuntan a que la estructura y el funcionamiento de la relación médico-paciente dentro del sistema sanitario español, unidos a la vulnerabilidad propia de la etapa perinatal, pueden estar favoreciendo que las mujeres, de una forma inconsciente, perpetúen la existencia de violencia en el entorno de la atención obstétrica, al optar por no manifestar sus miedos o dudas respecto a las decisiones médicas y los procedimientos asistenciales realizados en los paritorios.

Los elementos estructurales de la violencia obstétrica dentro de las instituciones sanitarias españolas se infieren rápidamente de los datos previamente presentados. Por ejemplo, el empleo casi sistemático de la posición de litotomía para el momento del expulsivo (más favorable para los profesionales que para las mujeres), a pesar de las recomendaciones al respecto, manifiestan la tendencia a mantener una práctica en la que los sanitarios que atienden los partos han especializado su atención, aún a costa de las preferencias de las parturientas. La altísima tasa de cesáreas en la mayoría de los centros privados traduce el ajuste del momento del parto a las necesidades del obstetra encargado de llevarlo a término (en la sanidad pública, los partos no son atendidos por un obstetra de referencia, sino por los profesionales que estén cubriendo el turno de paritorio en ese momento). El exceso de amniorrexis artificiales y de episiotomías hablan de un mal uso de actuaciones agresivas sobre los cuerpos de las mujeres, sin balancear adecuadamente los riesgos de las mismas y sus posibles secuelas.

Sin embargo, frente a objetividad de los malos datos en la atención sanitaria al parto en España (sin entrar, todavía, a valorar las prácticas que no quedan recogidas en los documentos oficiales, ni la experiencia subjetiva de las mujeres atendidas), las principales instituciones médicas de nuestro país, como son la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), y diversos Colegio de Médicos territoriales (como el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, ICOMEM), continúan posicionándose en contra del término “violencia obstétrica”.

Así lo hizo la SEGO, en un comunicado público de septiembre de 2021, en el cual señala:

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. (SEGO, 2021)

Según se advierte, hay un reconocimiento implícito del empleo de intervenciones médicas "innecesarias", "sin proporcionar información suficiente a las mujeres ni solicitarles el consentimiento" durante el proceso del parto. Frente a esto, la crítica que se realiza del empleo del término "violencia" no parece sostenerse y es claramente incompleta respecto a la definición de la misma. Así describe la Organización Mundial de la Salud el término "violencia":

El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS, 2002)

El comunicado menciona que la violencia emplea "la fuerza", pero omite el otro elemento con el que puede ejercerse (el poder), y habla del grado de "amenaza", pero no de su empleo efectivo. Del mismo modo, la violencia no se caracteriza, *per se*, por la intención de generar daño, sino por la probabilidad de que éste se genere como resultado. No cabe duda de que, frente a una mujer parturienta, el médico que la atiende se encuentra en una posición de poder, que puede emplear de forma efectiva, sin recurrir a las amenazas. Del mismo modo, las actuaciones realizadas desde ese poder mal empleado pueden generar, y generan, grandes daños físicos y psicológicos en las madres, y dificultades en el desarrollo físico y emocional en los bebés.

No obstante, de este comunicado cabe rescatar la siguiente aseveración respecto de la violencia obstétrica: "Sin embargo, es un término que ha permitido poner de manifiesto las experiencias desagradables de muchas mujeres y posicionarlo en el debate público." (OMS, 2002).

En mayo de 2022, la Comisión Deontológica del ICOMEM también emitió un comunicado sobre "La mal llamada violencia obstétrica" (ICOMEM, 2022). Ciertamente, en

el punto 2, el comunicado señala la importancia de la alianza médico-paciente para garantizar la calidad asistencial, y valora positivamente *"la utilidad que han mostrado herramientas como el "plan de parto y nacimiento" dentro de las "estrategias de atención al parto normal" que ayudan a reconocer derechos fundamentales de las pacientes y favorecen el proceso de diálogo necesario"*. Sin embargo, en el valor de la generación de esta alianza, el resto del documento pone el peso en la necesidad de que las mujeres confíen en los médicos que las atienden, dando a entender que el reconocimiento de la violencia obstétrica rompe esa confianza, sin considerar que, efectivamente, un gran número de mujeres la pierden con motivo del trato recibido en su atención obstétrica. Así, en el punto 3 de dicho comunicado, se refiere lo siguiente:

En este contexto de atención obstétrica adecuada y planificada el término "violencia" resulta realmente inapropiado (...) y podría deteriorar la necesaria confianza entre el médico y su paciente (...) o incluso enfrentar innecesariamente a las madres con los profesionales que mayor ayuda pueden prestarles en momentos tan importantes para ellas. Esta terminología resulta injusta porque no se corresponde con los propósitos y estándares de calidad asistencial que caracterizan a la Ginecología y Obstetricia en nuestro entorno y resulta irresponsable por el efecto negativo que puede tener sobre la confianza que la paciente precisa tener en el facultativo que la atiende. (ICONEM, 2022).

Mientras que en el punto 4, añade:

Los numerosos facultativos que atienden los partos en la Comunidad de Madrid constituyen un capital humano y profesional del que toda la sociedad se beneficia, particularmente las mujeres que dan a luz y sus hijos. Estos médicos son y deben ser considerados como los principales promotores y cuidadores de su salud. También deberían ser tenidos en cuenta y consultados antes de la puesta en marcha de cualquier medida organizativa o legal que tenga repercusión asistencial en este terreno. Toda forma de regulación que no cuente con esta colaboración es contraria a los intereses de los pacientes. (ICONEM, 2022).

Atendiendo a este comunicado, pareciera que la confianza en la relación entre una mujer y su obstetra debe generarse de forma incondicional por parte de la primera, sin hacer crítica de los elementos de la atención obstétrica que pueden quebrar esta relación, cuando, en la alianza médico-paciente, el médico juega un papel fundamental, y es el principal encargado de promoverla. Así, frente al cuestionamiento de las mujeres que hablan de sus experiencias en los paritorios, y las corrientes sociales, políticas y le-

gislativas que, cada vez con mayor fuerza, les están dando voz, cabría plantear qué condiciones del sistema sanitario, y qué actuaciones de los profesionales de la medicina y la matronería, deben modificarse para mejorar la alianza entre ambos actores.

Por un lado, se deben considerar los elementos institucionales. Un estudio reciente pone de manifiesto que, a mayor inversión en sanidad, y mayor número de profesionales de la obstetricia en un servicio, se produce una menor tasa de cesáreas en el mismo (RECIO, 2022). Esto muestra sin fisuras que existe un porcentaje de mujeres que son sometidas a una cirugía abdominal mayor en uno de los momentos más críticos y vulnerables de su vida, no por una necesidad de salud, sino por motivos meramente logísticos y de recursos humanos. Y, ¿no debe considerarse una práctica violenta privar a un bebé de un nacimiento natural y de una madre que lo reciba en sus brazos de forma inmediata, sin una justificación real de salud? ¿No es violencia someter a una mujer a una cirugía abdominal, de la que tardará días en recuperarse, mientras debe ocuparse de un bebé recién nacido que la necesita de forma constante, argumentando que, de no realizarse dicha intervención, está poniendo en riesgo la vida de su bebé, o la suya propia? Porque, ante una decisión de cesárea urgente en el parto, la realidad es que a las mujeres nunca se les plantea que ésta ha sido motivada por un momento de sobrecarga de los profesionales, sino que se señala que el parto se está complicando y hay que terminarlo para evitar riesgos.

Tampoco se puede obviar que, una de las causas propuestas en el origen de la violencia obstétrica, es, precisamente, el desgaste emocional de los profesionales. La sobrecarga laboral, los turnos prolongados, la alta exigencia física y emocional de la atención en paritorio, y la vivencia frecuente de situaciones de estrés y de pérdida (fallecimientos neonatales, compromiso vital, etc.), supone el desarrollo frecuente del denominado “síndrome de burn-out” entre los profesionales de la obstetricia y la matronería, favoreciendo el trato inadecuado y la deshumanización de las pacientes y de sus partos.

Aún a día de hoy, se tienden a justificar las deficiencias en la asistencia obstétrica desde una óptica que pone el foco en la drástica disminución de la morbimortalidad materno-infantil –sucedida en el último siglo gracias a los avances en la atención sanitaria–, considerando un “mal menor” el sufrimiento emocional que las prácticas inadecuadas pueden acarrear a las mujeres y a sus bebés (la conocida frase, tantas veces dicha a las madres: “*de qué te quejas, si tu bebé está bien*”). Pero la violencia obstétrica tiene graves repercusiones que no son, ni remotamente, males menores, puesto que comprometen la salud física y mental materna, su vinculación afectiva con su bebé, y el

bienestar afectivo de éste, así como, en última instancia su desarrollo físico, emocional y social.

### **3. Violencia obstétrica y vulneración de derechos humanos**

#### **3.1. Introducción**

Estudios como los realizados por el equipo de la investigadora Mena-Tudela et al (2020) concluyen que España sufre en el momento actual un serio problema de Salud pública en relación con la violencia obstétrica, produciéndose situaciones de falta de respeto hacia los derechos humanos. Tal y como se mencionó en la introducción, estas vulneraciones se realizan, sobre todo, sobre los derechos de las mujeres, pero también comprometen el bienestar en la primera infancia y el derecho a la salud de los bebés. Pasaremos a continuación a revisar algunos de los derechos vulnerados.

#### **3.2. Discriminación por razón de género**

Existe abundante literatura que ratifica que el género es determinante social de salud, ya que en los sistemas sanitarios también existe un sesgo de atención a las mujeres por el mero hecho de serlo. Este hecho ha generado la consideración de la violencia obstétrica como “la última frontera de la violencia de género”. La violencia obstétrica se produce en el contexto de los sistemas sanitarios, que reflejan y perpetúan las jerarquías sociales de poder, arrogándose la capacidad de decidir sobre los cuerpos de las mujeres.

Hasta el momento, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, creado por la CEDAW ha aprobado tres dictámenes, en los años 2020, 2022 y 2023, tras las respectivas comunicaciones individuales, relacionados con la cuestión de la violencia obstétrica en el Estado español. Estos dictámenes reconocen las experiencias de violencia obstétrica sufridas por las tres mujeres denunciadas durante la asistencia de sus partos.

El dictamen de 2020 (Comité CEDAW, 2020) insta al Estado español a estudiar la situación de la violencia obstétrica en su territorio, así como a formar a los profesionales sanitarios y al personal judicial para actuar sin estereotipos ante la misma. Por su parte, el de 2022 (Comité CEDAW, 2022), además de recoger las cuatro recomendaciones previamente mencionadas en la resolución de 2020, añade una quinta recomendación: “establecer, publicitar e implementar una Carta de Derechos de los Pacientes”. Esta Carta consistiría en un documento donde se establecerían los derechos y los deberes aplicables a todos los servicios sanitarios. El dictamen de 2023 (Comité CEDAW, 2023), como

en los dos anteriores, el Comité solicita al Estado parte la “*reparación plena*” para la mujer, incluyendo “*una indemnización económica acorde a los daños de salud física y psicológica sufridos*”. Del mismo modo, vuelve a recomendar la provisión a los profesionales de la salud y del poder judicial de la formación necesaria, e insiste en la necesidad de realizar estudios y estadísticas sobre la violencia obstétrica. Señala que los estereotipos de género pueden afectar al derecho de las mujeres a ser protegidas, por lo que las autoridades responsables deben tener “especial cautela” para no reproducirlos. Recomienda, también, que se asegure el acceso de las mujeres a servicios de salud adecuados durante el embarazo, el parto y el puerperio, protegiéndolas de maltrato, faltas de respeto y abuso durante el parto.

### **3.3. Derecho a la salud sexual y reproductiva**

Resulta ya incuestionable que el derecho de la mujer a la salud incluye su salud sexual y reproductiva (CEDAW, 1979) que está, a su vez relacionada con otros muchos derechos humanos protegidos, como el derecho a la vida, el derecho a no ser torturada, el derecho a la salud, el derecho a la intimidad, el derecho a la educación y la prohibición de la discriminación. Por ello, los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir e los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En este sentido Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité PIDESC, 2000) señaló, en relación con el artículo 12 del Pacto relativo al derecho a la salud, que la prestación de servicios de salud materna es equiparable a una obligación básica que no puede ser derogada bajo ninguna circunstancia, y los Estados tienen la obligación inmediata de adoptar medidas deliberadas, concretas y orientadas al cumplimiento del derecho a la salud en el contexto del embarazo y el parto. El Grupo de trabajo del Proyecto I+D “La CEDAW 40 años después: ¿Derechos líquidos de las mujeres?”, desarrollado en la Universidad Complutense de Madrid, está realizando en la actualidad un análisis de la situación de incumplimiento respecto de los derechos de las mujeres por los estados parte, también en materia de salud global y salud sexual y reproductiva.

### **3.4. Autonomía de las mujeres**

La legislación española, en su Ley de Autonomía del Paciente, permite que, en situaciones en las que exista riesgo vital y no sea posible obtener el consentimiento informado del paciente, los médicos puedan tomar decisiones en su beneficio sin dicho consentimiento; aunque, siempre que sea posible, deben consultar a sus familiares o

allegados. No obstante, esta situación de riesgo vital no implica que los médicos puedan actuar en contra de las decisiones del paciente en caso de que éste tenga sus capacidades conservadas. Esto significa que, ante una urgencia vital (como las que en ocasiones suceden en la atención al parto), los médicos pueden actuar sin consentimiento si la paciente está imposibilitada para expresarlo, pero no pueden prescindir de él si la paciente tiene su capacidad de decisión conservada.

En los sus dos dictámenes, el Comité de la CEDAW ha instado a España a respetar la autonomía de las mujeres en sus procesos de salud sexual y reproductiva. El dictamen de la CEDAW de 2020 insiste en la necesidad de garantizar que las mujeres sean siempre informadas en sus procesos de parto, y a recabar su consentimiento para cuantos tratamientos invasivos tengan lugar en el mismo, excepto en "situaciones en las cuales la vida de la madre o del bebé esté en riesgo". Sin embargo, en el dictamen de 2022, esta excepción desaparece, de manera que se entiende que, en las situaciones de riesgo producidas en paritorio, debe también informarse a la mujer de las opciones posibles y recabar su consentimiento para llevarlas a cabo.

Un mecanismo para favorecer la toma de decisiones informada por parte de las mujeres aceptado por las sociedades científicas es la generalización de los denominados "planes de parto", documentos en los cuales se recogen con antelación las preferencias de las mujeres en los posibles escenarios producidos durante el parto.

### **3.5. Derechos de la Infancia: interés superior del menor**

El principio básico en la protección de los derechos de la infancia es el del interés superior del menor que, en España, la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia recoge como principio fundamental, en concordancia con las normas internacionales de derechos de la infancia.

Si el principio es claro su puesta en práctica presenta mayores dificultades por tratarse de un concepto jurídico indeterminado, objeto, a lo largo de los años, de diversas interpretaciones. Es definido como un derecho, un principio y una norma de procedimiento (Comité de los Derechos del Niño, 2013) para asegurar el respeto completo y efectivo de todos los derechos del menor, así como su desarrollo integral. Son criterios generales para la interpretación y aplicación del interés superior del menor la protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas. Se trata de criterios generales cuya ejecución práctica puede resultar controversial. Sin duda, el parto inducido se fundamenta, en teoría, en la protección del derecho a la

vida tanto de la madre como del feto, pero debería sin duda considerarse una práctica extrema por el riesgo que puede implicar para un adecuado desarrollo del menor.

### **3.6. Derecho a la salud del bebé**

La vulneración del derecho a la salud del bebé (y de su madre) está unida de manera inherente a las repercusiones en salud de la violencia obstétrica. Más allá de la reprobación ética que merecen las actitudes violentas, la violencia obstétrica puede generar secuelas importantes y duraderas en la salud física y mental tanto de las madres como de sus bebés. El parto es un proceso único, no sólo por su fisiología compleja y delicada, con una cascada neurohormonal propia, y el elemento mecánico, sino por las dimensiones psicológicas y sociales de las que se acompaña.

Así, en relación con el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, la Observación general nº15 (Comité de los Derechos del Niño, 2013) señala que, entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores.

Al respecto, se afirma que el embarazo y el parto son procesos naturales que conllevan riesgos para la salud susceptibles de prevención y respuesta terapéutica si se identifican en fases tempranas. Durante el embarazo, el parto y los períodos prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y a largo plazo en la salud y el bienestar de la madre y el niño. La atención que reciben las mujeres antes, durante y después del embarazo tiene repercusiones profundas en la salud y el desarrollo de sus hijos. La atención oportuna e ininterrumpida, que comience antes del embarazo, prosiga durante el embarazo y el parto y se extienda hasta el período posterior al parto ofrece importantes oportunidades de prevenir la transmisión intergeneracional de la mala salud y tiene grandes repercusiones en la salud del niño durante toda su trayectoria vital. En el marco de la atención dispensada a madres y recién nacidos después del parto no debe separarse innecesariamente a la madre de su hijo (Comité de los Derechos del Niño, 2013).

La perspectiva biomédica ha tendido a valorar únicamente la parte mecánica del parto, sin considerar el correlato psicológico del que se acompaña, y que supone una experiencia vital de gran valor para las mujeres que lo atraviesan, así como para sus bebés, con huellas duraderas a lo largo de toda la vida.

A pesar de la limitación de estudios sobre violencia obstétrica, existe literatura científica que avala que haber sido víctima de violencia obstétrica podría traducirse, de manera frecuente, en padecimientos y enfermedades mentales, como son la depresión postparto o el estrés postraumático postparto. Esta hipótesis hace necesario investigar más a fondo las experiencias durante la atención obstétrica de las mujeres que, tras dar a luz, presentan síndromes clínicos de ansiedad y depresión. En nuestro entorno, la existencia de sintomatología afectiva en el primer año postparto es abrumadoramente alta. Asimismo, existe abundante literatura científica que evidencia la asociación existente entre la depresión materna en la etapa perinatal y la aparición de problemas de salud mental y física en el hijo a lo largo de la vida.

La extrema vulnerabilidad de las mujeres y sus bebés, fundamentalmente, en la etapa perinatal, se ha puesto de manifiesto de manera evidente durante la pandemia de Covid-19. En esta etapa, a lo largo y ancho del mundo, se realizaron numerosas recomendaciones contrarias a la evidencia científica y se retomaron prácticas claramente dañinas para las madres y sus bebés sin justificación clínica, como son: realización de cesáreas sin indicación médica para acortar el tiempo de exposición de los profesionales a las mujeres, separación precoz madre-bebé sin justificación médica, desincentivación de la lactancia materna, o prohibición de visitas a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con las consecuentes repercusiones negativas en salud para madres y bebés (Paricio y Cano, 2020).

## 4. La erradicación de la violencia obstétrica

Según refiere Hiroko Akizuki, uno de los integrantes del Comité, los Estados parte del CEDAW *“tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas a fin de modificar o abolir no solamente leyes y reglamentaciones, sino también costumbres y prácticas que constituyan violencia obstétrica”*. De este modo, parece que la lucha contra la violencia obstétrica debe librarse no sólo con legislaciones; sino, sobre todo, con la formación de los profesionales que asisten en paritorio y sus condiciones laborales, así como con la formación de las figuras judiciales que atienden a las mujeres en los casos en los que sus derechos han sido vulnerados.

### 4.1. A nivel legislativo

En los últimos años, se están dando pasos para legislar los buenos tratos en la atención obstétrica. En borrador de la nueva Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva, aprobada el 15 de diciembre de 2022, y que actualiza Ley Orgánica 2/2010, de 3 de

marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, incluía en un primer momento la mención a la violencia obstétrica. No obstante, tras diversas negociaciones, se decidió eliminar dicha mención.

Algunas legislaciones autonómicas destinadas a erradicar la violencia de género han empezado a recoger la necesidad de luchar contra la violencia obstétrica, como es el caso de Cataluña, con la modificación, en 2020, de su Ley 5/2008, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista (Comunidad Autónoma de Cataluña, Ley 17/2020, de 22 de diciembre).

#### **4.2. Formación y cambio social en los sectores profesionales implicados**

Los dos dictámenes de la CEDAW instan a mejorar la formación de los profesionales de la obstetricia en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer. Del mismo modo, en sus recomendaciones al Estado español, se recoge la necesidad de asegurar el acceso a recursos eficaces en los casos en los que los derechos de las mujeres hayan sido violados durante la atención obstétrica y proporcionar formación específica a los jueces y demás órganos encargados de velar por el cumplimiento de la ley.

### **5. Conclusiones**

Una de las más manifestaciones más claras de la invisibilidad de este tipo de violencia es que el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011) –la conocida como Convención de Estambul–, que aspira a crear una Europa libre de violencia contra las mujeres y de violencia doméstica, no afronta de forma general las manifestaciones de violencias ginecológicas y obstétricas, y se limita a la tipificación de los abortos y esterilizaciones forzadas.

La toma de decisiones sin el consentimiento de la mujer, y otras prácticas inadecuadas que pueden ser percibidas como violentas, son una realidad extendida en la atención obstétrica y ginecológica a nivel mundial, que dañan la salud mental de la madre y del bebé, el vínculo afectivo entre ambos e, incluso, pueden interferir en el desarrollo infantil saludable. Pese a todo ello, estas violencias han permanecido ocultas durante mucho tiempo, y todavía se ignoran con demasiada frecuencia. En la intimidad de una consulta médica o de un parto, las mujeres (y sus bebés) sufren a menudo el ejercicio efectivo del poder de unas decisiones no siempre tomadas por criterios de salud o en

base a la mejor evidencia científica, sino en las que también participan los déficits estructurales de los servicios de salud (falta de recursos humanos, perpetuación de prácticas obsoletas o desaconsejadas por las guías clínicas, presión asistencial...). Por ello, la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres, las niñas, sus causas y consecuencias, utiliza el término “violencia obstétrica” para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud, afirmando que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático, arraigado en los sistemas sanitarios. En el ejercicio de su mandato, se elaboró un informe acerca de la necesidad 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. Dicho informe concluye recordando a los Estados que 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. Igualmente, se deben 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, haciendo un llamamiento a la cooperación entre todas las organizaciones internacionales implicadas

Se trata, en definitiva, del reconocimiento específico de que 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. Para ello, el consentimiento informado, la prevención de la violencia obstétrica y la rendición de cuentas son aspectos básicos.

El objetivo de nombrar las prácticas violentas en la atención obstétrica no es el cuestionamiento de la labor ejercida a título individual por los profesionales sanitarios –en condiciones a menudo altamente desfavorables, manejando elevados niveles de estrés–; pero la realidad es que en España comienza a visibilizarse un grave problema estructural de mala *praxis* en la atención obstétrica, constatable en las cifras de intervencionismo periparto (muy alejadas de los estándares internacionales de calidad), y del que son buena muestra sendos dictámenes del Comité de la CEDAW. Todo ello habla de déficits estructurales en la formación de los profesionales en los aspectos psicológicos del parto y de la vinculación madre-bebé, así como en la toma de decisiones dentro de la asistencia a los procesos reproductivos de las mujeres, con consecuencias dañinas para su salud, para su vivencia de la maternidad, y para el desarrollo favorable de sus

hijas e hijos. El reconocimiento de la existencia de violencia en los contextos de atención obstétrica es el primer paso para procurar los medios necesarios para eliminarla, dado que supone una vulneración múltiple de los derechos tanto de las madres como de los bebés, con repercusiones negativas para la salud de las mujeres y de la infancia; y, por tanto, para la salud pública.

## 6. Bibliografía

- Bellón Sánchez, S. (2015). *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Dilemata. vol. 18, pp. 93-111.
- Comité de los Derechos del Niño (2013). *Observación general N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*.
- Comité de los Derechos del Niño (2013). *Observación general N° 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *Observación general n° 14 . El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- 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*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-464>
- Consejo de Europa (2019). *Obstetrical and gynaecological Violence*. Resolución 2306 Asamblea Parlamentaria.
- Consejo de Europa (2019). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (2020). Dictamen del Comité CEDAW/C/75/D/138/2018. Distr. General. 28 de febrero de 2020.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (2022). Dictamen del Comité CEDAW/C/82/D/149/2019. Distr. General. 13 de julio de 2022.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (2023). Dictamen del Comité CEDAW/C/84/D/154/2020. Distr. General. 24 de febrero de 2023
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, 1979.

- ElDiario.es. (2022). *El mapa de las cesáreas en España: los hospitales que abusan de los partos quirúrgicos*. Octubre. [https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos\\_1\\_9545161.html](https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos_1_9545161.html)
- Grupo de trabajo del Proyecto I+D "La CEDAW 40 años después: ¿Derechos líquidos de las mujeres?", PID2021-. 122788OB-I00. Periodo: 2022-en curso.
- Iglesias S, Conde M, González S, Parada ME. (2019) *¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan*. Musas, vol. 4, núm. 1 .77 - 97. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344/musas2019.vol4.num1.5
- Ilustre Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM). (2022). *La mal llamada "Violencia Obstétrica"*. Documento de posicionamiento. Comisión Deontológica, 20 de mayo.
- Llobera Cifre R, Ferrer Pérez VA, Chela Álvarez X. (2019). *Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido*. Investig Fem (Rev).;10:149–84.
- Mena-Tudela D, Iglesias-Casas S, Cervera-Gasch A, Andreu-Pejó L, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ (2022). *Breastfeeding and Obstetric Violence during the SARS-CoV-2 Pandemic in Spain: Maternal Perceptions*. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(23):15737. doi: 10.3390/ijerph192315737.
- Mena-Tudela D, Iglesias-Casas S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ. (2020). *Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 17(21), 7726; <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Ministerio de Sanidad (2021). *Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2014) *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. [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. (2014) *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. [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 (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.
- ONU (2019) *A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence*. Informe de la relatora especial. A/74/137, 11 de julio.
- Paricio-del-Castillo R, Cano-Linares A. (2020). "Mental Health and Vulnerable Populations in the Era of COVID-19: Containment Measures Effects on Pregnancy and Childbirth". *Arizona State Law Journal*, 2020(2):175-190
- Recio Alcaide, A. Arranz, J. M. (2022). *An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain*. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 126(1), 24–34. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.003>.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2021). *Comunicado S.E.G.O.: "Violencia obstétrica"*.

#### **Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:**

Paricio del Castillo, R. y Cano Linares, M.A. (2024). Enfoque de Derechos Humanos en la atención obstétrica y el parto. *iQUAL. Revista de Género e Igualdad*, 7, 18-37, doi: 10.6018/iqual.555551

Paricio del Castillo, R. y Cano Linares, M.A. (2024). Enfoque de Derechos Humanos en la atención obstétrica y el parto. [Human Rights approach to obstetric care and child-birth ]. *iQUAL. Revista de Género e Igualdad*, 7, 18-37, doi: 10.6018/iqual.555551