



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Grado en Relaciones Internacionales

Trabajo Fin de Grado

EL INCUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN MATERIA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

EL CASO DE ESPAÑA

Estudiante: **María Sánchez Fernández**

Director: Cristina Gortázar Rotaeché

Madrid, abril 2023

«Me pusieron en la mesa de operaciones como si fuera una muñeca.

Nadie se presenta, nadie me habla, nadie me mira a la cara.

Nadie se preocupa en intentar calmarme. Lloro mucho. Me ponen los brazos en cruz.
El quirófano está lleno de gente, parece una plaza pública, me ignoran y gritan entre ellos

“falta el bote de la placenta”, “donde está la pulsera del niño”.

Estoy allí sola y desnuda y la gente va y viene, la puerta no para de abrirse y cerrarse.

Hablan entre ellos de sus cosas, qué hicieron el fin de semana,

hablan sin importarles que estoy allí y que va a nacer mi hijo,

él, que solo puede nacer esa vez, y no me dejan vivirlo»

- **N.A.E en N.A.E c. España**

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	4
1. ELECCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	4
2. OBJETIVOS	6
3. METODOLOGÍA	6
4. ESTRUCTURA	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	8
1. LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER	8
1.1. Conceptualización de los derechos reproductivos de la mujer	8
1.2. Los derechos reproductivos de la mujer bajo el Derecho internacional de los derechos humanos	9
1.2.1. <i>El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>	9
1.2.2. <i>La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer</i>	10
1.2.3. <i>La Convención sobre los Derechos del Niño</i>	11
1.2.4. <i>La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</i>	12
2. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	12
2.1. Conceptualización de la violencia obstétrica	12
2.2. La evolución de los estándares internacionales en materia de violencia obstétrica bajo el Derecho internacional de los derechos humanos	14
2.2.1. <i>La Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centro de salud</i>	14
2.2.2. <i>Los Informes A/HRC/22/53 y A/HRC/31/57 del Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes</i>	15
a. Informe de 2013	16
b. Informe de 2016	17
2.2.3. <i>El Informe A/HRC/32/44 del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica</i>	18
2.2.4. <i>Las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva</i>	19
2.2.5. <i>El Informe A/74/137 de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica</i>	20

2.2.6.	<i>La Resolución 2306/2019 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa “Obstetrical and gynaecological violence”</i>	22
2.3.	La violencia obstétrica como vulneración de los derechos reproductivos de la mujer	23
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN		25
1.	ESTUDIO CONCRETO DE LA PROBLEMÁTICA EN EL CASO ESPAÑOL	25
1.1.	La normativa en materia de violencia obstétrica en España	25
1.2.	Las vulneraciones de derechos humanos en materia de violencia obstétrica en España	27
1.2.1.	<i>Los casos presentados ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas</i>	27
a.	Caso S.F.M c. España	29
b.	Caso N.A.E c. España	30
c.	Caso M.D.C.P c. España	31
1.2.2.	<i>La responsabilidad del Estado español en materia de violencia obstétrica</i>	31
1.2.3.	<i>La obligación del Estado español de reparar el daño en materia de violencia obstétrica</i>	33
a.	El carácter vinculante de los dictámenes del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas	34
b.	La negativa del Estado español a cumplir con los dictámenes del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas	36
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES		43
BIBLIOGRAFÍA		46

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1. ELECCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El 23 de abril de 2019, Ana (nombre ficticio), una mujer embarazada, tras haber superado las 42 semanas de gestación, decidió acudir al Hospital Universitario Central de Asturias para someterse a un control de bienestar fetal¹. En dicha consulta, a pesar de que los resultados de las pruebas no mostraron anomalía alguna, a Ana se le recomendó la inducción del parto, una recomendación de carácter general para todos aquellos supuestos de gestación cronológicamente prolongada². Ante dichas recomendaciones, Ana manifestó que tomaría una decisión tras consultar con los profesionales privados que le estaban controlando el embarazo, pues su deseo era dar a luz en casa.

Poco después, Ana empezó a notar las primeras contracciones, por lo que llamó a la matrona privada que le había acompañado durante todo su embarazo para que ésta se desplazase hasta su domicilio para contar con su asistencia durante el parto. Así, una vez que la matrona privada comprobó, no solo que Ana se encontraba de parto, sino que madre e hijo se encontraban en buen estado, Ana se preparó para dar a luz en casa.

Sin embargo, en pleno parto, la Policía Local de Oviedo se presentó en la casa de Ana con una orden de detención contra Ana para que, en caso de que fuese necesario, se le practicase una inducción forzosa del parto en el Hospital Universitario Central de Asturias. Dicha orden fue dictada por auto del Juzgado de Instrucción núm. 1 de Oviedo el cual se basó, únicamente, en un informe de una página del Hospital Universitario Central de Asturias a través del cual, haciendo referencia a la recomendación general de inducción del parto en aquellos supuestos de gestación cronológicamente prolongada, se solicitaba el ingreso inmediato de Ana.

Finalmente, Ana estuvo ingresada en el Hospital Universitario Central de Asturias un total de 32 horas hasta que se produjo el parto, sin inducción, pues no se consideró

¹ El relato de hechos que se narra en la introducción del presente estudio ha sido obtenido de la Sentencia del Tribunal Constitucional N.º 66/2022, de 2 de junio de 2022, relativa al “Caso Oviedo”. También se ha recurrido a la descripción de los hechos realizada por abogadas con experiencia en materia de violencia obstétrica como Francisca Fernández Guillén o Paloma Torres López.

² Dicha recomendación se basa en el incremento del riesgo de hipoxia o muerte fetal en aquellos embarazos que superan las 42 semanas de gestación.

finalmente necesario, a través de una cesárea, sin que constase ningún tipo de complicación a lo largo del proceso. Con todo, como consecuencia de la experiencia, Ana padeció síndrome de estrés postraumático.

Lamentablemente, el caso de Ana no es un caso aislado, sino que se enmarca en una práctica que ha sido denominada “violencia obstétrica”, entendida como el maltrato o violencia, tanto física como psicológica, a la que muchas mujeres se ven sometidas durante su embarazo, parto o posparto.

Sin embargo, a diferencia de otros tipos de maltrato o violencia, la violencia obstétrica ha tendido a ser invisibilizada por la sociedad, posiblemente, por derivar de uno de los estereotipos de género más afianzados en la sociedad: la reducción de la mujer a su mera capacidad reproductiva. Como consecuencia de ello, durante mucho tiempo, este tipo de maltrato o violencia se ha caracterizado por una completa normalización, hasta tal punto que, actualmente, la violencia obstétrica es aún desconocida para muchos, incluso en el ámbito sanitario. No obstante, en los últimos años, han sido muchas las mujeres que han manifestado haber sufrido algún tipo de maltrato o violencia durante el embarazo, parto o posparto, lo que ha puesto de manifiesto que la violencia obstétrica trasciende los casos aislados, siendo una realidad generalizada.

Como consecuencia de todo ello, sumado a una creciente concienciación social sobre la problemática en cuestión, en la última década, se han elaborado diferentes artículos, estudios e informes a nivel internacional que reconocen la violencia obstétrica como una auténtica vulneración de derechos humanos, especialmente desde un enfoque de los derechos reproductivos de las mujeres.

Aun así, actualmente, muchos Estados siguen incumpliendo los estándares internacionales en materia de violencia obstétrica. Evidentemente, el Estado español no es ajeno a dicha realidad. Así, son muchas las mujeres que, como consecuencia de haber sido sometidas a determinadas intervenciones innecesarias durante sus embarazos, partos o pospartos, sin que, además, en muchas ocasiones, mediase su consentimiento informado a tal efecto, han manifestado haber sido víctimas de violencia obstétrica en el sistema sanitario español. De hecho, tal es la trascendencia de la cuestión del maltrato o violencia durante el embarazo, parto o posparto en el sistema sanitario español que, actualmente, el

Estado español es el único Estado a nivel mundial con tres dictámenes condenatorios por parte de las Naciones Unidas como consecuencia de las vulneraciones de derechos humanos en materia de violencia obstétrica.

2. OBJETIVOS

A la vista de lo expuesto previamente, el objetivo del presente estudio será analizar el incumplimiento de los estándares internacionales en materia de violencia obstétrica por parte del Estado español.

Para ello, se llevará a cabo un análisis exhaustivo tanto de la conceptualización como del reconocimiento de los derechos reproductivos de la mujer bajo el Derecho internacional de los derechos humanos. Además, se pondrá el foco en la violencia obstétrica, práctica que ha sido reconocida como una vulneración de los derechos reproductivos de las mujeres.

Posteriormente, se estudiará concretamente la problemática del Estado español. A tal fin, se analizarán, no solo los tres dictámenes condenatorios de las Naciones Unidas, sino también los informes de seguimiento de dichos dictámenes, con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de si, efectivamente, el Estado español está incumpliendo, o no, con los estándares internacionales en materia de violencia obstétrica, tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito administrativo o judicial. A tal efecto, se intentarán responder dos preguntas principales: en primer lugar, si los dictámenes de las Naciones Unidas son vinculantes para el Estado español y, en segundo lugar, si el Estado español puede argumentar que las medidas establecidas con anterioridad a dichos dictámenes son suficientes para abordar la problemática de la violencia obstétrica.

3. METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente estudio se seguirá una metodología de investigación jurídica basada, principalmente, en el análisis de las distintas Convenciones de las Naciones Unidas en el ámbito del Derecho internacional de los derechos humanos, así como en el estudio de las diversas Recomendaciones u Observaciones Generales de los distintos Comités de las Naciones Unidas responsables de la efectiva aplicación de dichas Convenciones. Además, el estudio de los instrumentos normativos previamente

mencionados se ultimarán con el análisis de múltiples Informes de distintos Relatores Especiales o Grupos de Trabajo de las Naciones Unidas.

Finalmente, si bien es verdad que el presente estudio se presenta como un trabajo inminentemente jurídico, en determinados apartados se ha recurrido a una perspectiva interdisciplinar, haciendo alusión a cuestiones propias del ámbito sanitario, pues es precisamente en este último contexto en el que muchas mujeres se ven sometidas a maltrato o violencia durante sus embarazos, partos o pospartos. A tal fin, se recurrirá al estudio de distintos documentos elaborados por la Organización Mundial de la Salud.

4. ESTRUCTURA

El presente estudio se estructurará en cuatro capítulos.

En el primer capítulo, relativo a la introducción, se expondrá tanto la elección como la justificación del tema del presente estudio, así como su estructura, metodología u objetivos.

En el segundo capítulo, relativo al marco teórico o estado de la cuestión, se abordará tanto la conceptualización como el reconocimiento de los derechos reproductivos de la mujer bajo el Derecho internacional de los derechos humanos. Además, se hará lo mismo con respecto a la violencia obstétrica, finalizando el capítulo con el análisis de la primera sentencia en el ámbito del Derecho internacional de los derechos humanos en dicha materia, a través de la cual, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoció la violencia obstétrica como una vulneración del derecho a la salud, tanto sexual como reproductiva, de la mujer.

En el tercer capítulo, relativo al análisis o discusión, se procederá al estudio concreto de la problemática del Estado español. En primer lugar, se abordará el intento fallido por parte del Estado español de incorporar la violencia obstétrica en la recién modificada Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En segundo lugar, se analizarán los tres dictámenes del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en virtud de los cuales el Estado español ha sido condenado en materia de violencia obstétrica.

Finalmente, se estudiará uno de los informes de seguimiento emitidos por el Estado español en respuesta a uno de dichos dictámenes.

En el cuarto capítulo, relativo a las conclusiones, se determinará si, finalmente, el Estado español está incumpliendo, o no, los estándares internacionales en materia de violencia obstétrica.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

1. LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER

1.1. Conceptualización de los derechos reproductivos de la mujer

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, el organismo de las Naciones Unidas especializado en la salud sexual o reproductiva, define los derechos reproductivos partiendo de la definición recogida en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo, Egipto, en 1994 (United Nations Population Fund [UNFPA], 2014). Sin duda, la celebración de dicha Conferencia supuso un hito fundamental a nivel internacional en el reconocimiento de los derechos reproductivos, pues, su Programa de Acción plasmó, por primera vez a nivel internacional, la definición del término “derechos reproductivos”.

Sin embargo, para entender la definición del término “derechos reproductivos” propuesta por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, es preciso abordar, en primer lugar, las definiciones de otros dos conceptos íntimamente vinculados a estos últimos, como son la “salud reproductiva” o la “atención a la salud reproductiva”.

Por un lado, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo definió la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 1994, p. 37). Además, entre algunos de los aspectos inherentes a la salud reproductiva se mencionaron, entre otros, “el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin

riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos” (AGNU, 1994, p. 37).

Por otro lado, partiendo de dicha definición, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo definió la atención a la salud reproductiva como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva” (AGNU, 1994, p. 37).

Con todo ello en mente, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo estableció que los derechos reproductivos abarcan toda una serie de derechos humanos reconocidos en el ámbito nacional e internacional que se basan, entre otras cuestiones, en el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud, tanto sexual como reproductiva (AGNU, 1994). Además, reconoció que los derechos reproductivos también comprenden el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia (AGNU, 1994).

Finalmente, es interesante apuntar como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo incorporó, aunque brevemente, la cuestión de la perspectiva de género a los derechos reproductivos, al reconocer que no todo el mundo tiene el mismo acceso a la salud reproductiva por causas como “las prácticas sociales discriminatorias, las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas, y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva” (AGNU, 1994, p. 38).

1.2. Los derechos reproductivos de la mujer bajo el Derecho internacional de los derechos humanos

1.2.1. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, estableció que los Estados Parte “reconocen el derecho de las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 1966). Además, en el apartado a) del párrafo 2 de dicho

artículo se incorporó una disposición relativa a “la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (AGNU, 1966).

En relación con dicho artículo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió, en el año 2000, su Observación General N.º 14 en la que apuntó que el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales versa sobre el derecho a la salud materna, infantil y reproductiva (Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales de las Naciones Unidas [CESCR], 2000). En consecuencia, dicha disposición debe entenderse como el deber de adoptar medidas encaminadas a mejorar, no solo la salud infantil o materna, sino también los servicios de salud sexuales o genésicos, incluidos en estos últimos, entre otros, la atención al parto, tanto en momentos anteriores como posteriores al mismo (CESCR, 2000).

Sin embargo, no fue hasta el año 2016 cuando el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas reconoció expresamente, a través de su Observación General N.º 22, que el derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integrante del derecho a la salud amparado bajo el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales de las Naciones Unidas [CESCR], 2016). Además, el Comité reconoció que muchas personas, especialmente las mujeres, ven, en muchas ocasiones, su pleno disfrute a su derecho a la salud sexual y reproductiva seriamente restringido (CESCR, 2016). En este sentido, el Comité apuntó que la realización de estos derechos por parte de las mujeres “requiere la derogación o la modificación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias en la esfera de la salud sexual y reproductiva” (CESCR, 2016, p. 8). Además, el Comité determinó que deben modificarse aquellos malentendidos, prejuicios o tabúes sociales que limiten a las mujeres el disfrute de su derecho a la salud sexual y reproductiva, especialmente sobre cuestiones como el embarazo o el parto (CESCR, 2016).

1.2.2. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su artículo 12, estableció que los Estados Parte “adoptarán todas las

medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica” (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 1979). Además, añadió que los Estados Parte “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto” (AGNU, 1979).

En relación con dicho artículo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas emitió en el año 1999, su Recomendación General N.º 24, reconociendo que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico amparado bajo la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas [CEDAW], 1999). Además, el Comité señaló que “es obligación de los Estados Parte garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles” (CEDAW, 1999, p. 6).

1.2.3. La Convención sobre los Derechos del Niño

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 24, reconoció el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 1989). Además, estableció el deber de los Estados Parte de asegurar la plena aplicación de dicho derecho, adoptando medidas destinadas, entre otras, a “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres” (AGNU, 1989).

En relación con dicho artículo, el Comité de los Derechos del Niño, emitió en el año 2013, su Observación General N.º 15 en la que abordó, expresamente, el apartado d) del párrafo 2 del artículo 24, relativo a asegurar una atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres. En este sentido, el Comité apuntó que la atención que reciben las mujeres, tanto en los momentos previos como posteriores del embarazo, repercute directamente tanto en la salud como en el desarrollo de sus hijos, especialmente como consecuencia de las posibles situaciones de riesgo que pueden surgir durante el embarazo, parto o posparto (Comité de los Derechos del Niño [CRC], 2013). En consecuencia, dadas las grandes repercusiones en la salud del niño, los Estados Parte tienen la obligación de

garantizar el acceso universal a toda una serie de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva basadas en la atención ininterrumpida la cual “empieza en el período anterior al embarazo, prosigue durante el embarazo y el parto y se extiende hasta el período posterior al parto” (CRC, 2013, p. 14). A modo de ejemplo de dichas intervenciones se mencionan, entre otras, la preparación para el parto, la detección y el tratamiento temprano de complicaciones, la atención básica durante el parto, y la no separación innecesaria de madre e hijo después del parto (CRC, 2013).

1.2.4. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Finalmente, cabe mencionar que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 25, reconoció el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 2008).

2. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

2.1. Conceptualización de la violencia obstétrica

La violencia es un concepto que resulta difícil de definir teóricamente. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha señalado la falta de una definición común para el término “violencia” como una de las principales dificultades a la hora de abordar dicha problemática en foros a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). Así, la Organización Mundial de la Salud, ha reconocido que, el hecho de que la idea de violencia descansa sobre factores culturales, hace que dicho término pueda ser definido de múltiples maneras, especialmente por la amplia variedad de códigos morales que predominan en los diferentes Estados (OMS, 2002).

En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud ha definido la violencia como:

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, p. 3).

Mediante dicha definición, la Organización Mundial de la Salud pretendía tanto incorporar bajo la definición de violencia toda una serie de actos, tanto físicos como no físicos, como abarcar las múltiples secuelas que derivan del comportamiento violento, destacando aquellas que, normalmente, pasan desapercibidas, como pueden ser los daños psíquicos (OMS, 2002).

En base a todo lo anterior, al igual que ocurre con la violencia, tampoco existe un consenso acerca de la definición de “violencia obstétrica”, ni siquiera entre los organismos internacionales (Torres, 2022).

En este sentido, no fue hasta la publicación en el año 2019 del Informe de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, bajo el título *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* cuando se estableció, por primera vez bajo el Derecho internacional de los derechos humanos, una definición para el término “violencia obstétrica”.

De hecho, con ocasión de la elaboración de este último informe, el Fondo de Población de las Naciones Unidas emitió una comunicación a la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, en la que reconoció la falta de consenso internacional a la hora de definir o medir la violencia ejercida contra las mujeres al dar a luz en el ámbito sanitario (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 2019).

Con todo, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias definió la violencia obstétrica como “la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud” (AGNU, 2019, p. 7).

A su vez, la Comisión de Igualdad y No Discriminación del Consejo de Europa publicó su Informe *Obstetrical and gynaecological violence* en el que se incorporó una

definición similar, entendiendo la violencia obstétrica como “violence that women may suffer during childbirth” [violencia que pueden sufrir las mujeres durante el parto] (Parliamentary Assembly of the Council of Europe [PACE], 2019 a, p. 3).

2.2. La evolución de los estándares internacionales en materia de violencia obstétrica bajo el Derecho internacional de los derechos humanos

Al igual que ocurre con su definición, tampoco existe un marco jurídico definido que permita a los profesionales del ámbito jurídico sustentar las actuaciones legales en materia de violencia obstétrica (Torres, 2022). De hecho, la configuración de la violencia obstétrica en el ámbito jurídico ha sido consecuencia de un proceso de construcción doctrinal (Torres, 2022). Así, a pesar de que en un momento inicial los estándares internacionales en materia de violencia obstétrica no fueron especialmente contundentes, en la última década, han sido varios los organismos internacionales que han abordado dicha realidad (Torres, 2022).

2.2.1. La Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centro de salud

En 2014, la Organización Mundial de la Salud, como la principal organización de las Naciones Unidas en el ámbito de la salud, publicó su *Declaración sobre prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, en la que señaló que la falta de respeto o el maltrato en estos contextos es una realidad bastante frecuente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

Es importante apuntar que, en dicha Declaración, la Organización Mundial de la Salud no hizo referencia expresa a la violencia obstétrica. De hecho, la Organización Mundial de la Salud destacó la falta de consenso internacional a la hora de definir o medir científicamente dicha realidad como la principal causa del desconocimiento de su prevalencia o impacto sobre las mujeres (OMS, 2014). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud afirmó que investigaciones centradas en las experiencias de las mujeres en el parto muestran que “en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud” (OMS, 2014, p. 1),

principalmente, como consecuencia de la especial vulnerabilidad de las mujeres en dicho momento (OMS, 2014).

A modo de ejemplo del trato irrespetuoso u ofensivo experimentado por muchas mujeres al dar a luz, la Organización Mundial de la Salud mencionó, entre otros, el maltrato físico o verbal, la humillación, el uso de procedimiento médicos sin consentimiento o la falta de confidencialidad (OMS, 2014).

Además, la Organización Mundial de la Salud fue pionera a la hora de señalar que este tipo de violencia implica una vulneración de los derechos humanos de las mujeres en base al Derecho internacional de los derechos humanos, puesto que vulnera el derecho de las mujeres a recibir el más alto nivel de cuidados en salud y, además, amenaza su derecho a la vida, la salud, la integridad física, y la no discriminación (OMS, 2014).

Con todo, la elaboración de dicho documento supuso que, por primera vez, un organismo internacional recomendase a los Estados la adopción de toda una serie de medidas con el objetivo de abordar tanto la falta de respeto como el maltrato durante el parto como, por ejemplo, respaldar el desarrollo de investigaciones en este ámbito, implementar programas de atención de calidad centrados en la atención respetuosa o realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa (OMS, 2014).

2.2.2. Los Informes A/HRC/22/53 y A/HRC/31/57 del Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Por su parte, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes también ha abordado en un par de ocasiones el maltrato experimentado por muchas mujeres al dar a luz, aunque, una vez más, sin referirse expresamente a la violencia obstétrica como tal.

En este sentido, en 2013, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes publicó un primer Informe en el cual abordó, aunque de manera genérica, como ciertas formas de abusos que tienen lugar en el ámbito sanitario pueden llegar a ser calificados de tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o

degradantes (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 2013). Posteriormente, en 2016, publicó un segundo Informe en el cual valoró la posibilidad de aplicar la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes a aquellas experiencias propias de determinados colectivos, incluidas las mujeres, como, por ejemplo, aquellas en el ámbito sanitario (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 2016 b).

a. Informe de 2013

En este primer Informe, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes abordó la manera en la que ciertas formas de abusos que tienen lugar en el ámbito sanitario pueden llegar a ser calificados de tortura o tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aunque sin mencionar expresamente el maltrato experimentado por las mujeres al dar a luz (AGNU, 2013). Sin embargo, sí que abordó cuestiones íntimamente relacionadas con dicha realidad.

En este sentido, en su Informe, el Relator Especial afirmó que el estudio de la tortura en el ámbito sanitario es un fenómeno relativamente reciente que ha comenzado a llevarse a cabo cuando la comunidad internacional ha sido consciente de que la tortura tiene cabida en una amplia variedad situaciones (AGNU, 2013). De hecho, apuntó que esta creciente concienciación sobre la problemática en cuestión es consecuencia de la existencia de múltiples informes que han demostrado una gran cantidad de abusos cometidos contra pacientes cuando estos se encontraban bajo supervisión médica (AGNU, 2013). Así, se ha demostrado que muchos pacientes se han visto sometidos a tratamientos que, sin presentar motivos médicos legítimos, les infligen un dolor o sufrimiento grave, habiendo sido calificados dichos tratamientos, por parte del Relator Especial, de crueles, inhumanos o degradantes (AGNU, 2013).

Además, el Relator Especial insistió en la invisibilización de este tipo de situaciones en el ámbito sanitario (AGNU, 2013). Así, las mismas tienden a pasar desapercibidas, normalmente por la idea, aunque nunca justificada, de que las autoridades pueden defender ciertas prácticas en el ámbito sanitario por diversas razones, entre las que destaca, por ejemplo, el imperativo médico (AGNU, 2013). En consecuencia, muchas de estas prácticas constitutivas de tratos crueles, inhumanos o degradantes se estarían

favoreciendo de una supuesta justificación como tratamiento médico, bajo la extendida doctrina de la necesidad médica, calificando a esta última como una de las principales limitaciones de la protección contra este tipo de maltrato en el ámbito sanitario (AGNU, 2013).

Finalmente, como se apuntó previamente, a pesar de que en dicho Informe el Relator Especial no abordó expresamente el maltrato a las mujeres durante el parto, sí que se mencionó, aunque de manera breve, la vulneración de los derechos reproductivos, identificando las prácticas que, a su juicio, constituyen tortura o malos tratos en dicho ámbito (AGNU, 2013). Así, el Relator Especial reconoció que los malos tratos, provocados por motivos de género, infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva como, por ejemplo, la humillación en entornos institucionales, pueden causar inmensos sufrimientos físicos o emocionales sobre ellas que, a su vez, tienden a prolongarse en el tiempo (AGNU, 2013).

b. Informe de 2016

En este segundo Informe, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes valoró la posibilidad de aplicar de la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes a aquellas experiencias propias de determinados colectivos, incluidas las mujeres, con el objetivo de analizar la cuestión desde una perspectiva de género (AGNU, 2016 b). Para ello, entre muchas otras cuestiones, volvió a estudiar el uso de la tortura o malos trato en el ámbito sanitario, pero, esta vez, sí que se centró, en parte, en su impacto sobre las mujeres (AGNU, 2016 b).

En este sentido, en su Informe, el Relator Especial reconoció que, en muchas ocasiones, cuando las mujeres buscan asistencia médica, especialmente tratamientos que contradigan las funciones o expectativas que les han sido asignadas por la sociedad, son especialmente vulnerables a la tortura o a los malos tratos (AGNU, 2016 b). En consecuencia, el Relator Especial mencionó que, como consecuencia de los abusos o malos tratos recibidos a la hora de acceder a servicios de salud reproductiva, las mujeres se enfrentan a “enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género” (AGNU, 2016 b, p. 13).

En esta ocasión, entre las prácticas abusivas hacia las mujeres en entornos sanitarios, el Relator Especial sí que mencionó específicamente el maltrato experimentado por las mujeres en el momento del parto, especialmente en momentos tanto anteriores como posteriores al mismo (AGNU, 2016 b). A modo de ejemplo de dichos malos tratos, el Relator Especial destacó, la dilación de ciertos procedimientos médicos, suturar las heridas del parto, o no emplear anestesia (AGNU, 2016 b). Además, el Relator Especial ubicó el origen de dichos malos tratos en ciertos estereotipos sobre el papel procreador de la mujer (AGNU, 2016 b).

2.2.3. El Informe A/HRC/32/44 del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica

La elaboración de dicho Informe por parte del Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica supuso un hito fundamental en el reconocimiento de la violencia obstétrica bajo el Derecho internacional de los derechos humanos, pues fue la primera vez que se mencionó dicha realidad expresamente en un Informe de las Naciones Unidas (Torres, 2022).

Mediante su Informe, el Grupo de Trabajo pretendía abordar la cuestión de la discriminación contra la mujer con respecto a su salud o seguridad, con el objetivo, entre otros, de exponer la instrumentalización del cuerpo de la mujer en menoscabo de su dignidad humana (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 2016 a).

En este sentido, el Grupo de Trabajo identificó la creciente instrumentalización del cuerpo de la mujer como impedimento de que las mismas alcancen el más alto nivel de salud, entendiendo por instrumentalización “el sometimiento de las funciones biológicas naturales de la mujer a un programa patriarcal politizado cuyo propósito es mantener y perpetuar ciertas ideas de feminidad frente a masculinidad o del papel de subordinación de la mujer en la sociedad” (AGNU, 2016 a, p. 5). Como consecuencia de dicha instrumentalización, el Grupo de Trabajo apuntó que, cuando las mujeres intentan acceder a la atención sanitaria o pretenden mantener un control de las decisiones que se adopten con respecto a sus propios cuerpos, estas se enfrentan a constantes dificultades (AGNU, 2016 a).

Con la finalidad de ejemplificar la instrumentalización del cuerpo de la mujer en el ámbito sanitario, el Grupo de Trabajo destacó la sobremedicalización injustificada de ciertos servicios de atención sanitaria como, por ejemplo, los servicios sanitarios de atención obstétrica (AGNU, 2016 a). Como ejemplo de dicha sobremedicalización se destacó a elevada tasa de cesáreas en algunos Estados, demostrando la excesiva medicalización del parto, que deriva, no solo en posibles complicaciones obstétricas, sino también en problemas de salud para las mujeres (AGNU, 2016 a).

Sin embargo, la referencia expresa al término “violencia obstétrica” se encuentra solamente en el apartado destinado a las recomendaciones a los Estados (AGNU, 2016 a). En este sentido, el Grupo de Trabajo recomendó que se evitase la instrumentalización de la mujer en el parto, así como que se asegurase la imposición de sanciones en caso de violencia ginecológica u obstétrica (AGNU, 2016 a). Así, parece que el Grupo de Trabajo entiende por violencia obstétrica la instrumentalización de la mujer en el parto como consecuencia de prácticas como “practicar cesáreas abusivas, negarse a dar a las mujeres analgésicos durante el parto o a realizar una interrupción quirúrgica del embarazo, y practicar episiotomías innecesarias” (AGNU, 2016 a, p. 24).

2.2.4. Las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

Posteriormente, en 2018, la Organización Mundial de la Salud publicó sus *Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. En dicho Informe, la Organización Mundial de la Salud, tras llevar a cabo una identificación de las prácticas más comunes utilizadas durante la atención al parto, afirmó que el acceso a una atención del parto en un centro de salud no siempre garantiza el acceso a una atención sanitaria de calidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud apuntó que, como consecuencia del modelo predominante de atención durante el parto, el cual permite a los profesionales del ámbito sanitario ostentar el control de todo el proceso, muchas mujeres se ven sometidas a intervenciones médicas innecesarias (OMS, 2018). Como consecuencia de dicho modelo, que se podría clasificar de intervencionista, varios estudios demuestran que, durante el parto, un gran porcentaje de embarazadas sanas se

ven sometidas a, como mínimo, una intervención clínica que, en principio, no necesitarían como, por ejemplo, “las de inducción del trabajo de parto, aceleración con oxitocina, cesárea, parto vaginal instrumental o episiotomía” (OMS, 2018, p. 8). Además, la Organización Mundial de la Salud apuntó que el uso de ciertas intervenciones, incluso de aquellas calificadas de “intervenciones de rutina”, sobre mujeres que no presentan complicaciones en sus partos pueden resultar perjudiciales para las mismas (OMS, 2018).

Por otro lado, se recordó que, en muchos contextos, las prácticas no clínicas, como, por ejemplo, el acompañamiento, la comunicación efectiva, o la atención respetuosa, que, en principio, no son consideradas como prioritarias durante la atención al parto, son igual de importantes a la hora de ponderar la experiencia de atención recibida (OMS, 2018).

Con todo, tras incidir en que tanto la atención no respetuosa como el trato poco digno implica una vulneración de los derechos humanos de las mujeres, la Organización Mundial de la Salud afirmó que dicho modelo intervencionista no atiende suficientemente a las necesidades, valores o preferencias de la mujer, lo que puede implicar una experiencia de parto negativa (OMS, 2018).

En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud presentó un conjunto de recomendaciones sobre buenas prácticas que deben proporcionarse a todas las mujeres durante el parto con el objetivo de que este sea tanto seguro como una experiencia positiva para las mujeres (OMS, 2018). En este sentido, se define “experiencia de parto positiva” como “aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer” (OMS, 2018, p. 1).

2.2.5. El Informe A/74/137 de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica

La elaboración de dicho Informe por parte de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias supuso un avance fundamental en el reconocimiento de la violencia obstétrica bajo el Derecho internacional

de los derechos humanos, dado que fue la primera vez que un organismo internacional abordó exhaustivamente la realidad de la violencia obstétrica (Torres, 2022).

En el Informe, la Relatora Especial abordó el maltrato o violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva atendiendo, específicamente, al momento de la atención al parto y, en consecuencia, a la violencia obstétrica (AGNU, 2019).

La Relatora Especial reconoció que, a pesar de que las víctimas de violencia obstétrica tienden a permanecer en silencio por la creencia que de sus experiencias podrían constituir casos aislados, en base a los crecientes testimonios compartidos por las mujeres en los últimos años, ha quedado demostrado que la violencia obstétrica es una realidad sistemática que se produce en todo el mundo afectando a las mujeres de todos los niveles socioeconómicos (AGNU, 2019).

Con el fin de abordar dicha realidad, la Relatora Especial utiliza el término “violencia obstétrica” para referirse a la “violencia sufrida por las mujeres durante la atención al parto” (AGNU, 2019, p. 7). Además, a lo largo de todo el Informe, al analizar el estado de la cuestión en toda una multitud de Estados, se recogen toda una serie de ejemplos de dicha violencia como la medicalización excesiva durante el parto, el uso excesivo de la cesárea, el uso de personal médico sin experiencia, la inmovilización física, la presión manual del fondo uterino, la episiotomía, la sinfisiotomía, la falta de respeto a la intimidad o a la confidencialidad, y la falta de autonomía o capacidad de toma de decisiones (AGNU, 2019). Sin embargo, se prestó especial atención a la falta de consentimiento informado para el tratamiento médico en el contexto de la salud reproductiva, estableciendo su requerimiento como un derecho humano fundamental (AGNU, 2019).

Finalmente, la Relatora Especial identificó las causas de la violencia obstétrica, las cuales pueden resumirse en: las condiciones o limitaciones del sistema de salud, como las limitaciones de recursos o las condiciones de trabajo del sector sanitario, las leyes o prácticas nacionales discriminatorias, los estereotipos de género, la dinámica del poder en la relación médico-paciente, y el abuso de la doctrina de la necesidad médica (AGNU, 2019).

2.2.6. *La Resolución 2306/2019 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa “Obstetrical and gynaecological violence”*

En septiembre de 2019, el Comité de Igualdad y No Discriminación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa publicó un Informe en el que, como consecuencia de las denuncias de miles de mujeres de todo el mundo, se abordó específicamente la cuestión de la violencia ginecológica, así como de la violencia obstétrica (PACE, 2019 a).

En el mismo, se definió la violencia obstétrica como aquella “violencia que pueden sufrir las mujeres durante el parto” ([PACE, 2019 a, p. 5). A modo de ejemplificar dicha violencia se mencionó la obligación de dar a luz en una posición determinada, la administración excesiva de medicamentos o el sentimiento de culpa infligido a la mujer por no querer dar a luz de una forma estándar (PACE, 2019 a). También se reconoció como violencia obstétrica que la mujer sea sometida obligatoriamente a ciertas intervenciones médicas como, por ejemplo, el parto inducido, la presión del fondo uterino, la cesárea o la episiotomía, especialmente si estas intervenciones se llevan a cabo sin su consentimiento o sin haber recibido información pertinente (PACE, 2019 a).

Como consecuencia de dicho Informe, en octubre de 2019, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa emitió una Resolución en la que afirmó que la violencia obstétrica es una forma de violencia que ha sido históricamente invisibilizada por darse, normalmente, en un contexto de intimidad (Parliamentary Assembly of the Council of Europe [PACE], 2019 b). Es precisamente en estos contextos en los que muchas mujeres sufren actos inapropiados o no consentidos que pueden llegar a calificarse de prácticas violentas (PACE, 2019 b). Además, se reconoció que tanto la prevención como la erradicación de este tipo de violencia siguen sir ser cuestiones prioritarias por abordar por las políticas internas de los Estados miembros (PACE, 2019 b).

Con todo, se establecieron una serie de recomendaciones concretas para los Estados miembros, entre las que destacan: velar por que la asistencia se preste respetando los derechos humanos, recopilar datos que permitan realizar estudios sobre esta violencia, llevar a cabo campañas de información y sensibilización sobre esta violencia, formar a

los profesionales sobre esta violencia, y proponer mecanismos específicos y accesibles de denuncia y queja para las víctimas de esta violencia (PACE, 2019 b).

2.3. La violencia obstétrica como vulneración de los derechos reproductivos de la mujer

En noviembre de 2022, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, la Corte) emitió la primera sentencia en materia de violencia obstétrica en el ámbito del Derecho internacional de los derechos humanos en relación con el caso “Brítez Arce y otros vs. Argentina” (Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos [SCIDH], 2022).

Cristina Brítez Arce era una mujer embarazada de más de 40 semanas en el momento de su muerte (SCIDH, 2022). Durante su embarazo, Cristina fue diagnosticada en tres citas de control prenatal de antecedentes de hipertensión arterial³, quedando así recogido en su historia clínica (SCIDH, 2022). Ante una serie de complicaciones, como molestias lumbares, fiebre o escasa pérdida de líquido por sus genitales, el 1 de junio de 1992, Cristina se presentó en el Hospital Público “Maternidad Sardá”, ubicado en Buenos Aires, Argentina (SCIDH, 2022). Tras someterse a una ecografía, se detectó que el feto estaba muerto, así que se le indujo el parto, un procedimiento con una duración de tres horas y media, hasta que fue trasladada a la sala de partos, donde falleció por “paro cardio respiratorio no traumático” (SCIDH, 2022).

En consecuencia, el caso “Brítez Arce y otros vs. Argentina” versó, en parte, sobre la responsabilidad internacional de Argentina (reconocida por Argentina) por la vulneración tanto de los derechos a la vida e integridad como del derecho a la salud de Cristina Brítez Arce (SCIDH, 2022). Para ello, la Corte determinó que, para analizar la vulneración del derecho a la salud de Cristina, era necesario abordar, simultáneamente, la vulneración de su derecho a la vida e integridad como consecuencia del tratamiento recibido, así como su relación con la denominada “violencia obstétrica” (SCIDH, 2022). En este sentido, la Corte apuntó que la falta de atención médica adecuada puede implicar

³ La Organización Mundial de la Salud ha calificado los trastornos hipertensivos (por ejemplo, la preeclampsia o la eclampsia) durante el embarazo como una causa importante de morbilidad, discapacidad o muerte durante el embarazo, representando cerca del 14% de las muertes maternas a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

la vulneración de los derechos a la vida e integridad por encontrarse estos últimos directa e inmediatamente ligados (SCIDH, 2022).

Partiendo de dicha premisa, tras realizar toda una serie de consideraciones generales sobre el derecho a la salud, calificándolo como “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos” (SCIDH, 2022), la Corte abordó, específicamente, la atención a la salud durante el embarazo, parto o posparto.

Así, la Corte recordó que, en virtud del Derecho internacional de los derechos humanos, los Estados, con el fin de salvaguardar el derecho a la salud de las madres, además de prevenir tanto la mortalidad como la morbilidad materna, deben ofrecer servicios de salud “adecuados, especializados y diferenciados” durante el parto, tanto en momento anteriores como posteriores al mismo (SCIDH, 2022). Por ello, como parte integrante del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el derecho a la salud durante el embarazo, parto o posparto debe satisfacer los elementos de “disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad” pues, de lo contrario, apuntó la Corte, las mujeres pueden verse sometidas a prácticas perjudiciales, tales como malos tratos, formas específicas de violencia e, incluso, tortura (SCIDH, 2022).

Fue precisamente en el contexto de la violencia ejercida durante el embarazo, parto o posparto en el acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres donde la Corte incorporó el concepto de violencia obstétrica, calificándola como una práctica que implica una clara vulneración de los derechos humanos (SCIDH, 2022). La Corte definió la violencia obstétrica como:

Una forma de violencia basada en el género [...] ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las personas gestantes, durante el acceso a los servicios de salud que tienen lugar en el embarazo, parto y posparto, que se expresa mayoritaria, aunque no exclusivamente, en un trato deshumanizado, irrespetuoso, abusivo o negligente hacia las mujeres embarazadas; en la denegación de tratamiento e información completa sobre el estado de salud y los tratamientos aplicables; en intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, y en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales, entre

otras manifestaciones amenazantes en el contexto de la atención de la salud durante el embarazo, parto y posparto (SCIDH, 2022).

Con todo, a través de dicha sentencia, la Corte consideró la violencia obstétrica no solo como una vulneración del derecho a la vida o integridad física de las mujeres, sino también como una vulneración de su derecho a la salud sexual o reproductiva, como partes integrantes de sus derechos reproductivos.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

1. ESTUDIO CONCRETO DE LA PROBLEMÁTICA EN EL CASO ESPAÑOL

1.1. La normativa en materia de violencia obstétrica en España

En junio de 2021, el Instituto de las Mujeres, un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Igualdad del Gobierno de España, presentó ante los Organismos de Igualdad de las Comunidades Autónomas el proceso de reforma legislativa de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que pretendía llevar a cabo (Instituto de las Mujeres, 2021 a). Originalmente, a través de dicha reforma, impulsada junto al Ministerio de Igualdad del Gobierno de España, el Instituto de las Mujeres pretendía, entre otras cosas, llevar a cabo un reconocimiento expreso de la violencia obstétrica en el ámbito jurídico, a través de la legislación en dicha materia, con el objetivo de ampliar el marco de los derechos reproductivos de las mujeres (Instituto de las Mujeres, 2021 a).

En julio de 2021, el Instituto de las Mujeres celebró un conversatorio público sobre salud sexual y reproductiva titulado *Hacia la modificación de la Ley Orgánica 2/2010*, que contó con la participación de profesionales tanto del ámbito jurídico como sanitario, donde se presentaron las propuestas para, entre otras cosas, erradicar la violencia obstétrica del sistema sanitario (Instituto de las Mujeres, 2021 b). En este sentido, tras calificar la violencia obstétrica como una vulneración de derechos humanos, las principales demandas fueron, por un lado, la eliminación de la violencia obstétrica del ámbito sanitario, motivo por el cual las instituciones debían asumir la obligación tanto de prevenir como de erradicar este tipo de violencia y, por otro lado, la prevención de la violencia obstétrica a través del diseño de protocolos o la formación de los profesionales (Instituto de las Mujeres, 2021 b). Además, se puso el foco en la necesidad de contemplar

o facilitar tanto la reclamación como la reparación para aquellas mujeres con secuelas físicas o psíquicas como consecuencia de haber sufrido violencia obstétrica (Instituto de las Mujeres, 2021 b).

Tras la celebración de dichas jornadas, tuvo lugar el primer encuentro con organizaciones de ámbito estatal, que supuso el inicio del proceso participativo de debate y reflexión para la reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, con el principal objetivo de ampliar o salvaguardar la efectividad de los derechos reproductivos de las mujeres (Instituto de las Mujeres, 2021 b).

En septiembre de 2021, el Instituto de las Mujeres celebró una reunión específica sobre violencia obstétrica, planteándola como un ejemplo más de violencia contra las mujeres (Instituto de las Mujeres, 2021 c). En dicha reunión, no solo se analizaron sus causas o se propusieron medidas para su eliminación, sino que también se abordó la problemática de la reparación a las víctimas de violencia obstétrica (Instituto de las Mujeres, 2021 c). Con todo, se llegó a la conclusión de que, efectivamente, debía impulsarse la inclusión de la violencia obstétrica en la reforma de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Instituto de las Mujeres, 2021 c).

Como consecuencia de dichas iniciativas por parte del Instituto de las Mujeres, a pesar de que se reconoció que la cuestión de la violencia obstétrica suponía un aspecto abierto en el debate, en un momento inicial, el Ministerio de Igualdad anunció su intención de incluir la violencia obstétrica bajo la reciente modificación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Instituto de las Mujeres, 2021 c).

Sin embargo, ante las intenciones del Ministerio de Igualdad de legislar en materia de violencia obstétrica, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos emitió un comunicado en el que manifestó su rechazo con respecto al concepto de “violencia obstétrica” (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [CGCOM], 2021). En este sentido, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos mostró su preocupación por “la creación de innecesarias alarmas sociales que contribuyen a

erosionar la necesaria confianza médico-paciente, al criminalizar las actuaciones de profesionales que trabajan bajo los principios del rigor científico y de la ética médica” (CGCOM, 2021, p. 1).

Así, dada la falta de acuerdo con el Ministerio de Sanidad, especialmente como consecuencia de la negativa del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Reguero, 2022), el término “violencia obstétrica” no quedó finalmente incluido en el anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, aprobado por el Consejo de Ministros en mayo de 2022.

Es interesante apuntar como el Consejo Fiscal, en su informe del anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, aprobado en el Pleno del Consejo Fiscal celebrado el 30 de septiembre de 2022, el Consejo Fiscal, además de valorar positivamente dicha iniciativa, propuso que dicha reforma legislativa debía reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo (Ministerio Fiscal, 2022).

Con todo, actualmente, no existe un reconocimiento expreso de la violencia obstétrica en el ámbito jurídico a nivel estatal en España. Así, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que entró en vigor en marzo de 2023, incorpora en su Capítulo II toda una serie de disposiciones relativas a la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico sin mencionar, en ningún caso, la violencia obstétrica, habiendo sido dicho término sustituido por el “parto respetado”.

1.2. Las vulneraciones de derechos humanos en materia de violencia obstétrica en España

1.2.1. Los casos presentados ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante, la Convención) reconoce el derecho a la no discriminación

de toda mujer, obligando a los Estados Parte a salvaguardar dicho derecho, no solo en la legislación, sino también en la práctica, eliminando, por consiguiente, cualquier manifestación de la discriminación contra la mujer (AGNU, 1979).

En consecuencia, para aquellos supuestos en los que los Estados Parte no cumplan con las obligaciones adoptadas en virtud de la Convención, el Protocolo Facultativo de la Convención (en adelante, el Protocolo Facultativo) prevé un mecanismo para la presentación de comunicaciones ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en adelante, el Comité) (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 2000).

Por lo tanto, para que el Comité pueda conocer de una determinada comunicación, es necesario que la misma tenga por objeto la vulneración de un Estado Parte de cualquiera de los derechos u obligaciones enunciadas en la Convención (AGNU, 2000).

En consecuencia, en las tres comunicaciones en materia de violencia obstétrica presentadas contra España ante el Comité, el equipo de abogadas de las distintas autoras presentó la violencia obstétrica como una forma de discriminación por razón de género, con la finalidad de que dichas comunicaciones pudiesen ser, efectivamente, estudiadas por parte del Comité (Torres, 2022).

Para ello, su planteamiento fue que, tanto la amenaza como la materialización, de los actos constitutivos de violencia obstétrica derivan en lesiones, bien sean de carácter físico, mental o sexual, que solo pueden dirigirse contra aquellas personas que pueden quedarse embarazadas y, en consecuencia, pueden necesitar atención sanitaria en el momento del embarazo, parto o posparto (Torres, 2022). Por ello, si a estas personas se les niega, limita o restringe el acceso a una atención sanitaria de calidad que, a su vez, sea respetuosa con sus derechos, estas personas se encontrarían en una posición de desigualdad en el acceso a los servicios de atención sanitaria (Torres, 2022). Además, alegaban que, en muchas ocasiones, la obstaculización a una atención sanitaria de calidad en el contexto del embarazo, parto o posparto responde a determinados estereotipos de género relacionados, no solo con el cuerpo de la mujer, sino también con sus funciones tradicionales en la sociedad, especialmente, con aquellas relacionadas con la reproducción (Torres, 2022).

Con todo, argumentaban que a través de la violencia obstétrica se vulneran toda una serie de derechos fundamentales de las mujeres como, por ejemplo, su derecho a la salud, su derecho a la integridad física o moral, o su derecho a la autonomía, además de su derecho a acceder a una maternidad libre de violencia, segura, sin sufrir ningún tipo de discriminación (Torres, 2022). Así, fueron capaces de presentar la violencia obstétrica como una forma de violencia que, además, implica un trato discriminatorio por impedir el disfrute de los derechos sexuales o reproductivos en igualdad de condiciones (Torres, 2022).

a. Caso S.F.M c. España

Durante el embarazo, la autora no presentó anomalía alguna (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW], 2020). Ante unas contracciones leves e irregulares, por encontrarse en la semana 39+6 de embarazo, la autora decidió presentarse ante un hospital público para recibir información sobre su estado (CEDAW, 2020). Sin embargo, a pesar de que la autora no se encontraba en fase activa de parto, la autora fue ingresada en dicho hospital público, dónde se vio sometida a toda una serie de intervenciones innecesarias para las que, además, no se recabó su consentimiento (CEDAW, 2020).

Entre dichas intervenciones cabe destacar: realización de 10 tactos vaginales⁴, suministro de oxitocina (que causó un aumento del dolor, convulsiones o vómitos en la autora), prohibición de dar a luz en la postura deseada, realización de episiotomía⁵ (que causó un estado de shock a la autora), extracción manual de la placenta⁶, o separación de su hija tras el nacimiento (CEDAW, 2020). Todas las intervenciones previamente mencionadas afectaron, no solo a la salud física de la autora, sino también a su salud psíquica, ocasionándole un trastorno de estrés postraumático (CEDAW, 2020).

⁴ Un tacto vaginal supone introducir los dedos de una mano en la vagina de la embarazada para medir los parámetros de la fase de dilatación del parto (CEDAW, 2020).

⁵ Una episiotomía es un procedimiento quirúrgico que supone un corte profundo en el perineo de la mujer con la finalidad de asistir quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal (AGNU, 2019).

⁶ La extracción manual de la placenta es una práctica que puede resultar dañina para las mujeres que dan a luz, por lo que se recomienda que ésta se lleve a cabo 30 minutos después del parto, únicamente cuando no se produzca de forma natural (CEDAW, 2020).

Como consecuencia, la autora planteó su caso ante los Tribunales españoles (CEDAW, 2020). En primer lugar, la autora presentó varias quejas al hospital, de las cuales nunca recibió respuesta alguna (CEDAW, 2020). En segundo lugar, la autora presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración pública, que fue desestimada (CEDAW, 2020). En tercer lugar, la autora presentó una demanda ante los tribunales de lo contencioso-administrativo, que fue desestimada, al igual que su recurso de apelación ante el Tribunal Superior de Justicia de Galicia (CEDAW, 2020). Finalmente, la autora presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, que fue inadmitido (CEDAW, 2020).

b. Caso N.A.E c. España

Durante el embarazo, la autora no presentó anomalía alguna (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW], 2022). Por encontrarse en fase activa de parto, la autora decidió presentarse ante un hospital público para dar a luz (CEDAW, 2022). Es importante destacar que, previamente, la autora había presentado ante dicho hospital un plan de parto⁷ en el que manifestó, entre otros aspectos, su deseo de que no se le administrasen medicamentos que tuviesen por finalidad acelerar o provocar el proceso del parto (CEDAW, 2022).

Sin embargo, durante el periodo de tiempo en el que la autora estuvo ingresada, ésta se vio sometida a las siguientes intervenciones: realización de 10 tactos vaginales, inducción del parto mediante el suministro de oxitocina (sin recabar el consentimiento de la autora), realización de cesárea por estudiantes en prácticas (sin necesidad médica, sin recabar el consentimiento de la autora), o separación de su hijo tras el nacimiento (CEDAW, 2022). Como consecuencia de dichas intervenciones, la autora fue diagnosticada de trastorno de estrés postraumático, además de angustia o ansiedad, entre otros (CEDAW, 2022).

Por ende, la autora planteó su caso ante los Tribunales españoles (CEDAW, 2022). Para ello, la autora presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración pública (CEDAW, 2022). Sin embargo, ante el silencio administrativo, la

⁷ Un plan de parto es un documento en el que la mujer que va a dar a luz puede manifestar sus deseos o preferencias sobre su proceso de parto.

autora presentó una demanda ante los tribunales de lo contencioso-administrativo, que fue desestimada (CEDAW, 2022). Además, se le indicó que no cabía recurso ordinario alguno (CEDAW, 2022). Por ello, la autora presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, que fue desestimado (CEDAW, 2022).

c. Caso M.D.C.P c. España

Durante el embarazo, la autora no presentó anomalía alguna (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW], 2023). El único antecedente que destacaba en su historial médico es que la autora padecía una hernia de hiato, que había sido tratada durante el embarazo (CEDAW, 2023). Ante las primeras contracciones, la autora decidió acudir a un hospital público para dar a luz (CEDAW, 2023).

No obstante, durante el parto, la autora se vio sometida a toda una serie de intervenciones, entre las que destacan: prohibición de dar a luz en la postura deseada, suministro de epidural por estudiantes en prácticas (derivando en nueve pinchazos con sangrado), o realización de cesárea ante la saturación de los paritorios (sin necesidad médica, sin recabar el consentimiento de la autora) (CEDAW, 2023). Como consecuencia del trato recibido durante el parto, la autora manifestó dificultades, tanto físicas como psicológicas, derivando en un trastorno por estrés postraumático (CEDAW, 2023).

Una vez más, la autora planteó su caso ante los Tribunales españoles (CEDAW, 2023). Así, la autora presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial (CEDAW, 2023). Ante el silencio administrativo, la autora presentó una demanda ante los tribunales de lo contencioso administrativo, que fue desestimada (CEDAW, 2023). Entonces, la autora presentó recurso de apelación ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, que fue desestimado (CEDAW, 2023). Finalmente, la autora presentó un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, que fue inadmitido (CEDAW, 2023).

1.2.2. La responsabilidad del Estado español en materia de violencia obstétrica

En todos los casos, las distintas autoras alegaron que la violencia obstétrica a la que se vieron sometidas durante sus partos suponía la vulneración de los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023).

En este sentido, las autoras razonaban que la patologización de sus partos mediante un abuso tanto de medicación como de intervencionismo médico había derivado en que éstas no pudiesen acceder a servicios de salud de atención al embarazo, parto o posparto de calidad, libres de discriminación o violencia, por lo que se habían vulnerado sus derechos a la salud sexual o reproductiva (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023). Además, las autoras manifestaban que sus experiencias se fundamentaban en una discriminación estructural basada en estereotipos de género sobre el papel de la mujer, especialmente con respecto a su falta de autonomía a la hora de tomar decisiones en cuestiones relativas a la maternidad, el parto o la sexualidad (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023). Finalmente, las autoras defendían que dichos estereotipos de género no solo estaban presentes en el ámbito sanitario, sino también en el ámbito administrativo o judicial, lo que demostraba que el Estado español estaba incumpliendo las obligaciones en materia de protección a la mujer frente a la discriminación o violencia durante el embarazo, parto o posparto adoptadas en virtud de la Convención (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023).

Por todo ello, a modo de reparación, las autoras no solo solicitaban una reparación individual, sino que, en la medida en la que la violencia obstétrica se presenta como una problemática estructural en el Estado español, solicitaban al Comité que adoptase una serie de recomendaciones, que se estudiarán en el siguiente apartado (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023).

Así, dado que las demandas de las distintas autoras se fundamentaban, no solo en la denegación de justicia, sino también en la discriminación por estereotipos basados en el género, el Comité se declaró competente para analizar si en los procesos administrativos o judiciales nacionales a través de los cuales las distintas autoras habían intentado obtener una reparación se había producido alguna anomalía en lo relativo a la violencia obstétrica razonada por las autoras (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023).

En consecuencia, en la medida en la que las distintas autoras alegaban la vulneración de sus derechos en el ámbito administrativo o judicial, el Comité analizó cada uno de los casos en virtud de la Convención con el fin de concluir si, efectivamente, el Estado español estaba incumpliendo las obligaciones contraídas en virtud de la

Convención, especialmente aquellas relativa a ejercer la debida diligencia en el procedimiento administrativo o judicial con el objetivo de eliminar determinados estereotipos de género (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023).

En este sentido, el Comité llegó a la conclusión de que las autoridades administrativas o judiciales del Estado español no habían llevado a cabo un análisis exhaustivo de las pruebas presentadas por las distintas autoras cuando éstas intentaron obtener reparación ante los tribunales españoles (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023). Además, el Comité añadió que, las autoridades administrativas o judiciales del Estado español habían actuado en base a nociones estereotipadas que, evidentemente, resultaban discriminatorias (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023).

Con todo, el Comité consideró que las experiencias de las distintas autoras eran constitutivas de violencia obstétrica, condenando al Estado español por la vulneración de los derechos de las distintas autoras amparados bajo los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023).

1.2.3. La obligación del Estado español de reparar el daño en materia de violencia obstétrica

Cuando el Comité toma una decisión (denominada, oficialmente, como dictamen) sobre el fondo del asunto planteado en cada una de las comunicaciones de las que finalmente conoce, también propone toda una serie de recomendaciones, tanto de carácter general como específico, encaminadas a que el Estado Parte en cuestión ofrezca una reparación (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OHCHR], 2013). Entre los tipos de recomendaciones que suele emitir el Comité se encuentran: medidas encaminadas a cesar las vulneraciones de derechos humanos de la víctima, medidas de reparación de la víctima, medidas encaminadas a modificar tanto la normativa como la política que implican vulneraciones de lo dispuesto en la Convención, o medidas de prevención (OHCHR, 2013).

En este sentido, los tres dictámenes emitidos por parte de Comité contra España han sido las primeras resoluciones jurídicas en el ámbito internacional mediante las cuales

se han establecido obligaciones para un Estado Parte en materia de violencia obstétrica (Torres, 2022). En consecuencia, el Comité no solo ha recomendado la reparación de cada una de las autoras por los daños físicos o psicológicos sufridos, sino que, también ha emitido recomendaciones de carácter general relativas a asegurar tanto los derechos de la mujer a una maternidad sin riesgo como el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada, realizar estudios sobre la violencia obstétrica, y proporcionar una formación adecuada a los profesionales, tanto en el ámbito jurídico como sanitario (CEDAW, 2020; CEDAW, 2022; CEDAW, 2023).

- a. El carácter vinculante de los dictámenes del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas

Como se apuntó previamente, el mecanismo que prevé la presentación de comunicaciones en virtud de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer queda recogido en el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Debe apuntarse que el Protocolo Facultativo es un tratado autónomo, abierto a los Estados Parte de la Convención (OHCHR, 2013). En consecuencia, los Estados Parte que deciden adherirse al Protocolo Facultativo reconocen la competencia del Comité para conocer de aquellas comunicaciones presentadas por aquellas personas que aleguen que sus derechos amparados bajo la Convención se están viendo vulnerados por parte de un determinado Estado Parte (AGNU, 2000).

Cabe, entonces, plantearse si los dictámenes del Comité ostentan un carácter vinculante, siendo la respuesta afirmativa, pues “de acuerdo con los principios de derecho internacional de aceptar la competencia, se deriva la obligación de cumplir con los dictámenes” (Fundación Abogacía Española, 2022, p. 10).

En este sentido, el artículo 26 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 23 de mayo de 1969 recoge el principio *pacta sunt servanda*, al afirmar que “todo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe” (Asamblea General de las Naciones Unidas [AGNU], 1969). Además, debe recordarse que el artículo 96.1 de la Constitución española, establece que:

Los tratados internacionales válidamente celebrados, una vez publicados oficialmente en España, formarán parte del ordenamiento interno. Sus disposiciones sólo podrán ser derogadas, modificadas o suspendidas en la forma prevista en los propios tratados o de acuerdo con las normas generales del Derecho internacional.

Siguiendo la misma lógica, el artículo 29 de la Ley 25/2014, de 27 de noviembre, de Tratados y otros Acuerdos Internacionales reconoce que “todos los poderes públicos, órganos y organismos del Estado deberán respetar las obligaciones de los tratados internacionales en vigor en los que España sea parte y velar por el adecuado cumplimiento de dichos tratados”.

De la misma manera, el Tribunal Supremo ha reconocido en su STS N.º 1263/2018, de 17 de julio de 2018, la cual versó, precisamente, sobre el cumplimiento del Estado español de los dictámenes del Comité emitidos en los términos previsto en el Protocolo Facultativo, que:

El Derecho Internacional y las obligaciones internacionales contraídas por España son Derecho que el Estado, como Estado democrático de Derecho, debe respetar y aplicar efectivamente de manera que los derechos y libertades que la Constitución y los tratados internacionales celebrados por España proclaman, sean reales y concretos (STS N.º 1263/2018).

Así, en la medida en la que el Estado español, no solo ha ratificado la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (5 de enero de 1984), sino que también ha ratificado el Protocolo Facultativo de dicha Convención (6 de julio de 2001), el Estado español debe cumplir, no solo lo dispuesto en la Convención, sino también los dictámenes de su Comité. Así lo reconoció expresamente el Tribunal Supremo al afirmar que “aunque ni La Convención ni El Protocolo regulan el carácter ejecutivo de los Dictámenes del Comité de la CEDAW, no puede dudarse que tendrán carácter vinculante/obligatorio para el Estado parte que reconoció La Convención y El Protocolo” (STS N.º 1263/2018).

En consecuencia, no cabe más que afirmar que los dictámenes del Comité son, efectivamente, jurídicamente vinculantes para el Estado español.

- b. La negativa del Estado español a cumplir con los dictámenes del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas

El Protocolo Facultativo establece en su artículo 7 que el Estado Parte contra el que se dicte un dictamen debe presentar ante el Comité, en un plazo de seis meses, declaraciones o explicaciones por escrito respecto a las medidas correctivas adoptadas en función de las recomendaciones emitidas por parte del Comité (AGNU, 2000). Evidentemente, dicha obligación también ha quedado expresamente recogida en cada uno de los tres dictámenes emitidos por el Comité contra el Estado español en materia de violencia obstétrica.

En consecuencia, el Estado español, en virtud de lo establecido en el artículo 7 del Protocolo Facultativo, ha emitido informes de seguimiento respecto a las actuaciones emprendidas para dar seguimiento a las recomendaciones establecidas en los dictámenes, tanto del caso S.F.M c. España como del caso N.A.E c. España, ambos adoptados por parte del Comité hace más de seis meses.

Sin embargo, en sus declaraciones o explicaciones, el Estado español ha llegado a cuestionar que éste debiera seguir las recomendaciones del Comité, planteando que las medidas establecidas con anterioridad a los dictámenes eran suficientes para abordar la problemática de la violencia obstétrica (Torres, 2022). No obstante, dicha postura del Estado español no resulta novedosa, pues éste ha tendido a incumplir los dictámenes de los organismos internacionales (Fundación Abogacía Española, 2022).

A continuación, se analizará el informe de seguimiento del caso S.F.M c. España, con el fin de determinar si el Estado español ha cumplido con las recomendaciones del Comité, o si puede argumentar que las medidas establecidas con anterioridad a dichos dictámenes son suficientes para abordar la problemática de la violencia obstétrica.

- i. Recomendación relativa a la reparación de la autora

En primer lugar, con respecto a la reparación de la autora, el Estado español apuntó “disidir respetuosamente de la recomendación del Comité relativa a la indemnización de la autora de la comunicación” (Dirección General de Cooperación

Jurídica Internacional y Derechos Humanos [DGCJIDH], 2020, p. 2). En este sentido, el Estado español alegó que, dado que la autora interpuso recurso tanto ante la Administración Pública como ante el Tribunal Constitucional, habiendo sido ambos desestimados mediante resolución judicial firme, “España debe respetar la decisión de sus órganos jurisdiccionales y, en consecuencia, no puede reconocer indemnización alguna por este motivo” (DGCJIDH, 2020, p. 2).

Sin embargo, cabe recordar que el artículo 4 del Protocolo Facultativo establece que, para que el Comité pueda conocer de una determinada comunicación, es necesario el agotamiento de los recursos de la jurisdicción interna (AGNU, 2000). En consecuencia, es precisamente la desestimación de los recursos presentados por parte de la autora ante la Administración Pública y el Tribunal Constitucional, es decir, el agotamiento de los recursos internos mediante resolución judicial firme, lo que posibilita el conocimiento del asunto por parte del Comité.

De lo contrario, si, el Estado español pretende ampararse bajo la firmeza de las resoluciones judiciales dictadas por sus órganos jurisdiccionales para justificar el incumplimiento de las recomendaciones contenidas en los dictámenes, no solo del Comité, sino de los demás organismos internacionales, carece de sentido que el Estado español decida, libremente, ratificar un tratado internacional que establece como requisito para conocer de un determinado asunto el agotamiento de los recursos de jurisdicción interna lo que, en consecuencia, implica la firmeza de las resoluciones judiciales.

Por lo tanto, en la medida en la que, como se apuntó previamente, al aceptar la competencia, nace la obligación de cumplir con los dictámenes (Fundación Abogacía Española, 2022), la obligación del Estado español de indemnizar a las autoras nace de la ratificación por parte del Estado español del Protocolo Facultativo, un tratado a través del cual los Estados Parte reconocen la competencia del Comité para conocer de este tipo de comunicaciones, no de las decisiones previas de sus órganos jurisdiccionales.

- ii. Recomendación relativa a asegurar tanto los derechos de las mujeres a una maternidad sin riesgo como el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada

En segundo lugar, con respecto a la recomendación relativa a asegurar tanto los derechos de las mujeres a una maternidad sin riesgo como el acceso de todas las mujeres a una atención obstétrica adecuada, el Estado español apuntó que, en virtud del artículo 148.1.21 de la Constitución española, la sanidad es competencia de las Comunidades Autónomas (DGCJIDH, 2020). Aun así, el Estado español apuntó la existencia de la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal de 2008 o la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal de 2010 como dos instrumentos que buscan “evitar la progresiva medicalización y aumento de intervenciones innecesarias e injustificadas en un proceso fisiológico, con repercusiones en la salud” (DGCJIDH, 2020, p. 3).

Sin embargo, cabe mencionar que, atendiendo a las fechas de publicación de cada uno de los documentos alegados por el Estado español (2008 y 2010, respectivamente), resulta evidente que tanto la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal como la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal no solo están desactualizadas, sino que, además, resultan ineficaces, tal como ponen de manifiesto las experiencias, no solo de las distintas autoras, sino de muchas más mujeres que dan a luz en el Estado español.

Por ejemplo, entre algunas de las líneas generales de la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal de 2008 destacan, a modo general, tal como apunta el Estado español, cuestiones como que el parto normal más seguro es el parto no intervenido o que la atención en el parto debe centrarse en la mujer, más en concreto, en su derecho a tomar decisiones informadas, especialmente, a través del plan de parto (DGCJIDH, 2020).

Sin embargo, parece que, en la práctica, estas cuestiones se incumplen sistemáticamente, tal como se ha demostrado en un reciente estudio en el que más de 17.000 mujeres evidenciaron su experiencia durante el parto con el fin de abordar la realidad de la violencia obstétrica en España. En este sentido, el 44.4% de las mujeres manifestaron que se habían visto sometidas a procedimientos dolorosos e innecesarios durante sus partos (Mena-Tudela et al., 2020). A modo de ejemplo de dichos procedimientos destacan: episiotomía (39.3%), tactos vaginales (31.9%), uso de oxitocina (48.3%) o cesáreas innecesarias (16.9%) (Mena-Tudela et al., 2021). Además, para la elaboración de dichos procedimientos, el 52.3% de las mujeres apuntaron que no se les dieron razones ni se les pidió consentimiento, mientras que el 31.1% de las mujeres apuntaron que se les dieron razones, pero no se les pidió consentimiento (Mena-Tudela

et al., 2020). Es decir, el 83.4% de las mujeres expresaron la imposibilidad de consentir en aquellas intervenciones a las que se vieron sometidas (Mena-Tudela et al., 2020). Además, con respecto al Plan de parto, solo el 20.2% de las mujeres sentían que este último hubiese sido respetado (Mena-Tudela et al., 2020).

Igualmente, cabe apuntar que ni la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal o la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal recogen el término “violencia obstétrica”, aun cuando el 38.3% de las mujeres manifiestan haber sufrido violencia obstétrica, tanto durante el embarazo, parto o posparto (Mena-Tudela et al., 2020).

Finalmente, el Estado español mencionó la intención del Ministerio de Igualdad por trabajar durante el bienio 2021-2022 por la inclusión de violencia obstétrica en la modificación de la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva de la interrupción voluntaria del embarazo, la realización de estudios sobre violencia obstétrica, o la inclusión de medidas destinadas a prevenir o erradicar la violencia obstétrica bajo la Estrategia Nacional para combatir las Violencias Machistas (DGCJIDH, 2020).

Sin embargo, en atención a las intenciones del Ministerio de Igualdad alegadas por el Estado español, si bien es verdad que la nueva Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva de la interrupción voluntaria del embarazo habría permitido al Estado español avanzar en el reconocimiento de la violencia obstétrica, tal como se discutió en apartados anteriores, dicho reconocimiento no se ha materializado finalmente.

- iii. Recomendación relativa a la formación del personal judicial o del personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley

En tercer lugar, con respecto a la recomendación relativa a la formación del personal judicial o del personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley, el Estado español presentó aquellos instrumentos destinados a la formación en materia de violencia de género de jueces, fiscales, o miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (DGCJIDH, 2020). En este sentido, el Estado español destacó la Ley Orgánica 5/2018, de 28 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del

Poder Judicial, sobre medidas urgentes en aplicación del Pacto de Estado en materia de violencia de género, que incorporó toda una serie de medidas destinadas a reforzar la formación de los miembros de las carreras judicial o fiscal en materia de violencia de género (DGCJIDH, 2020).

En consecuencia, parece que el Estado español entiende por cumplida la recomendación de proporcionar capacitación en materia de violencia obstétrica amparándose bajo la existencia de determinados instrumentos relativos, en general, a la violencia de género. Sin embargo, tal como apunta Francisca Fernández Guillén, abogada de las autoras en las distintas comunicaciones presentadas ante el Comité:

El informe da por sentado que hablando de violencia de género se habla de violencia obstétrica, tomando el todo por la parte. Hacer equivalentes ambos conceptos es negar las particularidades específicas de la violencia obstétrica. De este modo, se obvia y se silencia el problema concreto que estamos abordando, que sin sus características, modos y consecuencias específicas queda diluido y vacío de contenido (Fernández, 2021, p. 11).

- iv. Recomendación relativa al acceso a recursos eficaces en casos en los que los derechos de la salud reproductivos de la mujer se vean vulnerados, incluidos en casos de violencia obstétrica

En cuarto lugar, con respecto a la recomendación relativa al acceso a recursos eficaces en casos en que los derechos de la salud reproductivos de la mujer se vean vulnerados, el Estado español, consideró que “el ordenamiento jurídico español ofrece los medios necesarios para que, cualquier persona que considere violados sus derechos, pueda, en su caso, obtener la reparación prevista por la Ley” (DGCJIDH, 2020, p. 8).

En este sentido, en la medida en la que la Constitución española salvaguarda, en su artículo 24.1, la tutela judicial efectiva, o en su artículo 106.2, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, la afirmación del Estado español es incuestionable, en la medida en la que, efectivamente, el ordenamiento jurídico español ofrece los medios necesarios para que, cualquier persona que considere vulnerados sus derechos, pueda obtener una reparación. Sin embargo, el reconocimiento del acceso a dichos recursos no implica, necesariamente, que estos últimos sean eficaces a tal efecto.

Precisamente, el Comité recomendó al Estado español asegurar el acceso a recursos eficaces en casos en los que los derechos de la salud reproductivos de la mujer se vean vulnerados porque, si bien es verdad que las autoras tuvieron acceso a dichos recursos, estos no fueron eficaces, pues, tal como reconoció el Comité, al acceder a los tribunales españoles, las distintas autoras vieron vulnerado su derecho a la no discriminación, en la medida en la que las autoridades administrativas o judiciales actuaron conforme a nociones estereotipadas siendo, por lo tanto, discriminatorias.

Tal es la importancia de esta cuestión que el Comité, en su Recomendación General N.º 33, reconoció que “en todas las esferas de la ley, los estereotipos comprometen la imparcialidad y la integridad del sistema de justicia, que a su vez puede dar lugar a la denegación de justicia, incluida la revictimización de las denunciantes” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW], 2015).

Con todo, está claro que la violencia obstétrica, desde un punto de vista jurídico, no es una prioridad del Estado español. Sin embargo, mientras que no se aborda esta realidad, suceden casos como el planteado en la introducción del presente estudio, conocido como “Caso Oviedo”, por el cual se interpuso recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, fundamentando la recurrente la vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva sin indefensión, en relación con el derecho a la libertad o a la intimidad personal o familiar.

Así, en su STC N.º 66/2022, de 2 de junio de 2022, el Tribunal Constitucional reconoció que la decisión de ingresar de manera forzosa a la recurrente en el hospital, en la medida en la que ésta implicó que la recurrente “se vio impedida de cumplir su deseo de permanecer en su domicilio, pues, en virtud de la orden judicial, fue trasladada en una ambulancia desde el hogar familiar hasta el centro hospitalario en el que se produjo su ingreso”, fue restrictiva de su derecho a la libertad (STC N.º 66/2022). Pero, además, dado que “el acto del alumbramiento se integra en el contenido esencial del derecho a la intimidad, y forma parte del mismo el modo y manera en que este tenga lugar y dónde se produzca” dicha decisión fue, a su vez, restrictiva de su derecho a la intimidad personal o familiar (STC N.º 66/2022).

Igualmente, el Tribunal Constitucional reconoció que “la decisión judicial de acordar el ingreso obligado en un centro hospitalario para la realización de un parto calificado de riesgo para la vida del feto, no tiene una previsión específica en la ley” (STC N.º 66/2022). Además, el Tribunal Constitucional afirmó que, en la medida en la que la dicha decisión judicial se había adoptado sin haber escuchado en ningún momento a la mujer, se había producido una auténtica situación de indefensión (STC N.º 66/2022).

Aun con todo, el Tribunal Constitucional falló que no hubo vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva sin indefensión, en relación con el derecho a la libertad o a la intimidad personal o familiar de la recurrente, sino que, a través de la adopción de la medida cautelar, se limitó, proporcionalmente, el ejercicio de dichos derechos ponderando adecuadamente el riesgo para la salud o vida del nasciturus (STC N.º 66/2022). Sin embargo, parece que el riesgo para la salud o vida del nasciturus no era tal, pues debe recordarse que el parto no se produjo hasta 32 horas después del ingreso forzoso en el hospital de la recurrente, produciéndose, finalmente, sin inducción, pues no se consideró finalmente necesario, sin que constase, además, ninguna complicación a lo largo de todo el procedimiento.

Aun teniendo en cuenta el fallo del Tribunal Constitucional, cabe destacar los votos particulares de algunos de sus magistrados. Así, el magistrado don Juan Antonio Xiol Ríos reconoció que:

La negativa a dar voz a la recurrente en esta toma de decisión judicial ha implicado la desapropiación de su voluntad en relación con un tratamiento sanitario invasivo. Todo ello se ha hecho en un contexto procesal en el que se ha dado la posibilidad de mostrar su parecer a determinadas instituciones, pero no a la directamente afectada por una medida que afecta de manera indubitada a su esfera de derechos fundamentales en torno a la integridad física y mental, a la libertad y a la intimidad. Esto evoca una idea de reducción de la persona a un simple ente sin voluntad sobre el que se dispone. Ha sido objeto del sistema de justicia, pero no sujeto de ese sistema. La cosificación de la demandante de amparo resulta inasumible por imperativo del principio de dignidad que, como se ha destacado anteriormente, está vinculado con el derecho a ser oído en el marco de un proceso judicial en el que se dilucidan derechos e intereses propios, máxime cuando estos afectan a un ámbito tan personalísimo como los que se planteaban en ese caso. Además, las circunstancias concurrentes de que se trata de una mujer embarazada enfrentada a la

decisión de cómo gestionar el acto del parto, hace que el presente recurso adquiera unos matices íntimamente relacionados con la resolución de un conflicto asociado a la condición de mujer. En ese contexto resulta muy perturbadora la pobre valoración que cabe hacer de los avances materiales y no solo formales en la lucha por los derechos de las mujeres y de su autodeterminación en determinados ámbitos de decisión (STC N.º 66/2022).

Además, en la medida en la que planteó el Tribunal Constitucional que en los supuestos de conflictos de derechos e intereses entre mujer embarazada o nasciturus se permite rebajar el nivel de exigencia constitucional de las garantías necesarias para la restricción de los derechos fundamentales de las mujeres embarazadas, la magistrada doña María Luisa Balaguer Callejón afirmó que esto “implica un debilitamiento muy relevante de los derechos fundamentales de estas, por el solo hecho de tener la capacidad de llevar en su cuerpo dicho bien jurídico” (STC N.º 66/2022). Además, añadió:

La conclusión a la que llega la sentencia podría permitir la disociación del cuerpo de la mujer embarazada de los derechos de los que es titular como persona, como si fuera un recipiente que alberga al nasciturus o vasija, en metáfora creada por el movimiento feminista contrario a la gestación subrogada (también conocida como «vientres de alquiler»). Ello implicaría admitir que la mujer embarazada es un mero instrumento para la consecución del fin de preservar un eventual riesgo al bien jurídico del nasciturus, con anulación de la dignidad que a aquella le corresponde como persona (STC N.º 66/2022).

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

De todo lo expuesto en los capítulos anteriores, no cabe más que afirmar que, efectivamente, el Estado español está incumpliendo con los estándares internacionales en materia de violencia obstétrica, no solo en el ámbito sanitario, sino también en el ámbito administrativo o judicial, tal como ha reconocido en tres de sus dictámenes el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas.

Por un lado, con respecto al incumplimiento de dichos estándares en el ámbito sanitario, tal como ha observado el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, en la medida en la que las autoras se vieron sometidas a múltiples intervenciones innecesarias para las que, además, no se solicitó su

consentimiento informado, es incuestionables que las experiencias de las distintas autoras durante sus embarazos, partos o pospartos fueron constitutivas de violencia obstétrica. Además, ha quedado demostrado que la problemática de la violencia obstétrica en el sistema sanitario español trasciende los casos aislados, pues casi el 40% de las mujeres manifiestan haber sufrido este tipo de maltrato o violencia durante el embarazo, parto o posparto.

Por otro lado, con respecto al incumplimiento de dichos estándares en el ámbito administrativo o judicial, si bien es verdad que el ordenamiento jurídico español ofrece los medios necesarios para que cualquier persona que considere vulnerados sus derechos pueda obtener una reparación, tal como ha determinado el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, dado que, a pesar de que las autoras tuvieron acceso a dichos medios, las autoridades administrativas o judiciales actuaron conforme a estereotipos de género, que derivaron en una vulneración del derecho de las autoras a acceder a la justicia sin sufrir ningún tipo de discriminación. En consecuencia, el reconocimiento del acceso a los recursos que reconoce el ordenamiento jurídico español no implica, necesariamente, que éstos sean eficaces.

Por todo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha reconocido la responsabilidad del Estado español en materia de violencia obstétrica en virtud de la vulneración de sus obligaciones asumidas bajo la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, específicamente, bajo sus artículos 2, 3, 5 y 12, proponiendo, en consecuencia, toda una serie de recomendaciones, tanto de carácter general como específico, encaminadas a que el Estado español ofrezca una reparación.

Sin embargo, puede afirmarse que el incumplimiento de dichas obligaciones por parte del Estado español va más allá, dado que, atendiendo a los informes de seguimiento emitidos por parte del Estado español sobre las actuaciones emprendidas para dar seguimiento a las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Estado español también está incumpliendo su obligación de cumplir con lo establecido en los dictámenes del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, asumida en virtud de la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Así, el Estado español debe cumplir, no solo con lo dispuesto en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, sino también con lo establecido en los dictámenes de su Comité, por ostentar estos últimos una fuerza claramente vinculante. Aun con todo, actualmente, el Estado español no solo no ha cumplido con las recomendaciones específicas de indemnizar a las autoras, sino que, además, resulta evidente que el Estado español no ha emprendido las actuaciones necesarias para cumplir con las distintas recomendaciones generales siendo, las medidas establecidas con anterioridad a dichos dictámenes, claramente insuficientes para abordar la problemática de la violencia obstétrica en el Estado español.

BIBLIOGRAFÍA

LEGISLACIÓN

Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1969). Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 23 de mayo de 1969.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1979). Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2000). Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2008). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000). Observación general N.º 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2016). Observación general N.º 22 (2016): El derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (2013). Observación general N.º 15 (2013): El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (1999). Recomendación general N.º 24 (1999): La mujer y la salud.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (2015). Recomendación general N.º 33 (2015): El acceso de la mujer a la justicia.

Constitución Española (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (BOE núm. 55, de 4 de marzo de 2010).

Ley 25/2014, de 27 de noviembre, de Tratados y otros Acuerdos Internacionales (BOE núm. 288, de 28 de noviembre de 2014).

JURISPRUDENCIA

Sentencia del Tribunal Supremo N.º 1263/2018, de 17 de julio de 2018.

Sentencia del Tribunal Constitucional N.º 66/2022, de 2 de junio de 2022.

Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos “Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina”, de 16 de noviembre de 2022.

RECURSOS DE INTERNET

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2021). 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. *Notas de prensa del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*. Recuperado de <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-rechaza-y-considera-muy-desafortunado-el-concepto-de-violencia-obstetrica>

Fernández, F. (2021). Decisión CEDAW C/75/D/138/2018 de 28.02.2020 (S.F.M. contra España): Comentario a las observaciones sobre cumplimiento de la Abogacía del Estado español. *Francisca Fernández Guillén*. Recuperado de https://www.franciscafernandezguillen.com/wp-content/uploads/2022/02/7fbd83_facf87abbbe946f6b298cbb293927642.pdf

Fundación Abogacía Española (2022). *Efectos de los dictámenes de los Comités Internacionales de Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico español*. Recuperado de <https://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2022/09/WEB-GUIA-EFECTOS-DE-LOS-DÍCTAMENES-DE-LOS-COMITÉS-INTERNACIONALES-DE-DERECHOS-HUMANOS-003.pdf>

Instituto de las Mujeres (2021 a). La directora del Instituto de las Mujeres presenta el proceso participativo de reforma legislativa sobre salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo. *Noticias del Instituto de las Mujeres*. Recuperado de <https://www.inmujeres.gob.es/actualidad/noticias/2021/Junio/EncuentroOOII.htm>

Instituto de las Mujeres (2021 b). Más de treinta organizaciones comparten la necesidad de modificar la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción voluntaria del embarazo. *Noticias del Instituto de las Mujeres*. Recuperado de <https://www.inmujeres.gob.es/actualidad/noticias/2021/JULIO/EncuentrosSaludSexualyReproductiva.htm>

Instituto de las Mujeres (2021 c). Montero: el pilar de la ley 2/2010 será la educación sexual integral durante todo el ciclo de la vida. *Noticias del Instituto de las Mujeres*. Recuperado de <https://www.inmujeres.gob.es/actualidad/noticias/2021/AGOSTO/EncuentroProfesionalesSalud.htm>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V., Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L. y Valero-Chilleron, M. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 17 (21), 1-14. Recuperado de <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V., Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L. y Valero-Chilleron, M. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (1), 1-13. Recuperado de <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/199>

Ministerio Fiscal (2022). El Consejo Fiscal aprueba los informes de los anteproyectos de evaluación de la edad y de la ley de salud sexual. *Gabinete de Prensa del Ministerio Fiscal*. Recuperado de <https://www.fiscal.es/-/el-consejo-fiscal-aprueba-los-informes-de-los-anteproyectos-de-evaluación-de-la-edad-y-de-la-ley-de-salud-sexual>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2013). *Procedimientos para presentar denuncias individuales en virtud de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas*. Recuperado de https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet7Rev2_sp.pdf

Reguero, P. (2022). El parto respetado desplaza a la violencia obstétrica en la reforma de ley del aborto por la presión de los médicos. *El Salto*. Recuperado de <https://www.elsaltodiario.com/derechos-reproductivos/violencia-obstetrica-parto-respetado-reforma-ley-aborto-medicos>

Torres, P. (2022). *Violencia obstétrica. El periplo judicial por una atención obstétrica libre de violencia* [Ponencia]. Jornada de la Asociación de Mujeres Juezas de España “Salud y Mujer”, Albacete, España. Recuperado de https://youtu.be/K6_Nk5T13dk

United Nations Population Fund (2014). *Reproductive Rights are Human Rights. A Handbook for National Human Rights Institutions*. Recuperado de

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/NHRIHandbook.pdf>

OTROS (DICTÁMENES, DECLARACIONES, INFORMES, RECOMENDACIONES)

Asamblea General de las Naciones Unidas (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>

Asamblea General de las Naciones Unidas (2013). *Informe A/HRC/22/53 del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/105/80/PDF/G1310580.pdf?OpenElement>

Asamblea General de las Naciones Unidas (2016 a). *Informe A/HRC/32/44 del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica*. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/072/22/PDF/G1607222.pdf?OpenElement>

Asamblea General de las Naciones Unidas (2016 b). *Informe A/HRC/31/57 del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/001/00/PDF/G1600100.pdf?OpenElement>

Asamblea General de las Naciones Unidas (2019). *Informe A/74/137 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*. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (2020). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 138/2018*. Recuperado de <https://www.franciscafernandezguillen.com/wp-content/uploads/2023/03/ANEXO-25-DOC-02-CEDAW-C-75-D-138-2018-IN-SPANISH-NOT.-6-3-2020.pdf>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (2022). *Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019*. Recuperado de <https://www.franciscafernandezguillen.com/wp-content/uploads/2023/03/11-DECISION-CEDAW C 82 D 149 2019 34114 S-DE-27-06-2022-PUBLICADA-13-7-2022.pdf>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (2023). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020*. Recuperado de <https://www.franciscafernandezguillen.com/wp-content/uploads/2023/03/DECISION-CEDAW-C-84-D-154-2020-NOT.10-3-2023.pdf>

Dirección General de Cooperación Jurídica Internacional y Derechos Humanos (2020). *Informe de seguimiento de la comunicación 138/2018: S.F.M. c. Reino de España. Dictamen del Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 28 de febrero de 2020*. Recuperado de https://www.franciscafernandezguillen.com/wp-content/uploads/2022/02/7fbd83_1d580d5856bc4d7b8f211e952e2655d3.pdf

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2014). *Declaración sobre prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2022). *Recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial leve o moderada en el embarazo*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56658/9789275326350_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parliamentary Assembly of the Council of Europe (2019 a). *Report on Obstetrical and gynaecological violence*. Recuperado de <https://pace.coe.int/pdf/e6606eb0457c469e7c121afcd43b39d328955bbc2fab73d2e930866bcf2597d5/doc.%2014965.pdf>

Parliamentary Assembly of the Council of Europe (2019 b). *Resolution 2306/2019 on Obstetrical and gynaecological violence*. Recuperado de <https://pace.coe.int/pdf/a1ea7c724d1a5d736a43106cbce7b4cba358ccd85c8d4d1298cf0a255d7169b5/resolution%202306.pdf>