

*Grau en Dret*  
Treball de fi de Grau (21067/22747)  
Curs acadèmic 2019-2020

**LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**  
ANÁLISIS DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EN EL  
PARTO

MIREIA MAS CATALÀ  
NIA: 184614

Tutor del treball:  
Alberto Carrio Sampedro



## DECLARACIÓ D'AUTORIA I ORIGINALITAT

Jo, Mireia Mas Català, certifico que el present treball no ha estat presentat per a l'avaluació de cap altra assignatura, ja sigui en part o en la seva totalitat. Certifico també que el seu contingut és original i que en sóc l'única autora, no incloent cap material anteriorment publicat o escrit per altres persones llevat d'aquells casos indicats al llarg del text.

Com a autora de la memòria original d'aquest Treball Fi de Grau autoritzo la UPF a dipositar-la i publicar-la a l'e-Repository: Repositori Digital de la UPF, <http://repositori.upf.edu>, o en qualsevol altra plataforma digital creada per o participada per la Universitat, d'accés obert per Internet. Aquesta autorització té caràcter indefinit, gratuït i no exclusiu, és a dir, sóc lliure de publicar-la en qualsevol altre lloc.

Mireia Mas Català  
Begues, 12 de juny de 2020

*Digna acudió al hospital de Los Riscos, donde se sintió tratada peor que un condenado. Al entrar le pusieron un parche con un número en la muñeca, le afeitaron sus partes pudorosas, la bañaron con agua fría y desinfectante, sin considerar la posibilidad de secarle la leche para siempre y la colocaron en una cama sin sábanas con otra mujer en sus mismas condiciones. Después de hurgar sin pedirle permiso en todos los orificios de su cuerpo, la hicieron dar a luz debajo de una lámpara a la vista de quien quisiera curiosear. Todo lo soportó sin un suspiro, pero cuando salió de allí con una hija que no era la suya en los brazos y sus vergüenzas pintadas de rojo como una bandera, juró no volver a poner los pies en un hospital en los días de su vida.*

- **Isabel Allende, De amor y de sombra**

## **RESUMEN**

La preocupación por la vulneración de los derechos de las mujeres durante el parto promovió la conceptualización de la violencia obstétrica por parte de activistas y académicas. Venezuela, México y Argentina emplearon este término para referirse a la violencia de género consistente en la apropiación del cuerpo y del proceso reproductivo de las mujeres por parte del personal de salud, expresada en el trato deshumanizador, el abuso de medicalización y la patologización de procesos naturales. Sin embargo, han sido muy pocos los países que desde entonces han legislado para incluirla como violencia hacia la mujer. Con el objetivo de analizar la conveniencia de incorporar la definición y prohibición de la violencia obstétrica en los marcos legislativos nacionales, el presente trabajo explora sus orígenes patriarcales y consecuencias en materia de derechos humanos de las mujeres.

## Índice

1.	Introducción .....	2
2.	Una aproximación teórica: el reconocimiento institucional de la violencia obstétrica .....	4
2.1.	Derechos sexuales y salud reproductiva.....	4
2.2.	La Declaración de Fortaleza.....	6
2.3.	Venezuela, México y Argentina.....	7
2.4.	Una mirada crítica .....	10
3.	Causas estructurales de la violencia obstétrica.....	11
3.1.	La violencia obstétrica y el género .....	11
3.2.	Género y competencia profesional.....	12
3.3.	Condiciones de trabajo en los sistemas de salud .....	13
3.4.	Estereotipos de género .....	14
3.5.	La dinámica de poder.....	15
4.	Un enfoque de derechos humanos .....	16
4.1.	Violencia obstétrica y derechos humanos .....	16
4.2.	Condena de la ONU a España por violencia obstétrica .....	21
5.	Conclusión .....	23
6.	Bibliografía .....	24

## 1. Introducción

La medicina ha arrebatado a la mujer el control sobre su parto. Se ha extendido la creencia de que el parto es complicado, peligroso y, como si fuera una enfermedad, solamente debe ser atendido por el personal médico. La patologización del proceso reproductivo se hace en nombre de la mujer, para el bien de la paciente, pero habitualmente sin tener en cuenta su autonomía y voluntad. La medicalización del cuerpo de la mujer en la asistencia al parto se apoya en la asunción de que la tecnología es una herramienta para superar imprevistos y complicaciones. Sin embargo, no se debe obviar que no en pocas ocasiones estas prácticas implican riesgos importantes al no sustentarse en evidencia científica y ser aplicadas ignorando los derechos humanos básicos de las mujeres atendidas.

En las últimas décadas, académicas de todo el mundo y grupos activistas como Dona Llum, el Parto es Nuestro, GIRE, o la International Planned Parenthood Federation; han empezado a emplear el término “violencia obstétrica” para referirse a todas estas situaciones traumáticas que se dan en el contexto del parto. Esta violencia, si bien debería ser un tema ampliamente discutido en la bioética, ha sido invisibilizado e ignorado por sus estudiosas y estudiosos durante años. Recientemente, la labor de promoción de los derechos de las mujeres en el contexto obstétrico ha promovido este debate.

En el presente trabajo pretendo analizar la conveniencia de incorporar la definición y prohibición de la violencia obstétrica en los marcos legislativos nacionales. Hasta el momento en la mayoría de las legislaciones estatales la violencia obstétrica no se ha nombrado explícitamente y no existen mecanismos efectivos para su protección. Analizaré para ello la respuesta que ofrecen aquellas legislaciones que la han incorporado, las causas subyacentes que justifican su existencia, y las implicaciones que tiene este tipo de violencia en materia de los derechos humanos de las mujeres. Si bien la violencia obstétrica es violencia tanto hacia la madre como hacia el bebé, este trabajo se centra en la perspectiva de la madre.

A través del análisis de la literatura especializada, examinaré la evolución normativa de la defensa de los derechos sexuales y salud reproductiva, el reconocimiento institucional internacional de la violencia obstétrica y su inclusión en los marcos legislativos nacionales. Esta evolución, junto con las definiciones adoptadas por Venezuela, México y Argentina, me servirá de aproximación teórica al concepto de violencia obstétrica.

Seguidamente introduciré las principales causas estructurales de este tipo de violencia desde una perspectiva feminista y bioética. Particularmente expondré la relevancia del género y su relación con la violencia obstétrica, la evolución histórica de la atención al parto, las condiciones laborales que dificultan una atención humanizada a la parturienta, los estereotipos de género y la dinámica de poder en la asistencia obstétrica.

Por último, enumeraré los derechos humanos potencialmente vulnerados por estas prácticas obstétricas, así como la perspectiva jurisprudencial en relación con estos. Estudiar este tipo de violencia como una

vulneración de los derechos humanos me permitirá justificar si existe una necesidad de adopción de medidas legislativas específicas para una protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres.

Pero antes de adentrarme en el análisis de todas estas cuestiones es preciso hacer dos aclaraciones previas.

En primer lugar, este trabajo supone una crítica al sistema en el que se desarrolla la práctica obstétrica. Esta crítica no tiene por objetivo desvirtuar la labor diaria del personal sanitario que asiste a la mujer en el parto, sino el fin de promover la autonomía y libertad de las mujeres en este contexto.

En segundo lugar, en esta introducción y en el desarrollo del trabajo, he utilizado el término “mujer” para referirme a personas gestantes. Si bien esta violencia la pueden sufrir personas que no se identifican como mujeres, he partido de la base que el género es una construcción social, tal y como se argumenta en el apartado 3.1., y que tiene implicaciones en relación con los roles que se asignan a cada género y los estereotipos que se derivan. Aún así, es importante reconocer que aquellas personas que no se identifiquen como mujeres y sean personas gestantes y/o tengan sexualidades no normativas, son más susceptibles a sufrir este tipo de violencia, además de muchas otras discriminaciones derivadas del sistema patriarcal.

## **2. Una aproximación teórica: el reconocimiento institucional de la violencia obstétrica**

La violencia obstétrica no ha gozado nunca de un reconocimiento amplio. Ha sido tan olvidada que incluso algunas corrientes feministas la han ignorado deliberadamente durante muchos años (Olorenshaw, 2016). En la actualidad está ampliamente denunciada dentro del movimiento feminista y existe, en general, consenso al afirmar que es una manifestación más de la violencia de género. En las últimas décadas esta perspectiva ha trascendido al contexto institucional, siendo reconocida por primera vez por la Organización Mundial de la Salud (de ahora en adelante OMS) en el año 1985. Más recientemente el reconocimiento de la violencia obstétrica como forma de violencia hacia la mujer se introdujo de forma expresa en las legislaciones de distintos países latinoamericanos como Venezuela, Argentina o México. Este reconocimiento institucional no ha sido casualidad, sino fruto del extenso trabajo de activistas y académicas, quienes ya empleaban este término en el siglo XIX (Blundell, 1827). Para las activistas y las Organizaciones que abogan por los derechos de las mujeres en este aspecto, conseguir el reconocimiento legal expreso de la violencia obstétrica es un primer paso fundamental, pues “solo el reconocimiento de su existencia puede conllevar el verdadero avance hacia su erradicación” (El Parto es Nuestro 2018). En esta primera sección presentaré como se ha introducido el concepto de violencia obstétrica en las distintas herramientas legales para la protección de los derechos de las mujeres susceptibles a sufrirla. En particular, analizaré como la promoción de los derechos sexuales y salud reproductiva, y el consenso alcanzado por la OMS han influido en los cambios institucionales en materia de atención a la salud reproductiva y la asistencia al parto. Finalmente, mostraré el influjo que han tenido estos primeros reconocimientos en la conceptualización de este tipo de violencia dentro de los marcos normativos de Venezuela, México y Argentina, que fueron pioneros en su incorporación.

### *2.1. Derechos sexuales y salud reproductiva*

La larga trayectoria del activismo en materia de derechos sexuales y salud reproductiva nos ayudará a contextualizar la relación entre género, salud y derechos humanos. Las organizaciones de la sociedad civil han sido pioneras en la promoción de los derechos sexuales y salud reproductiva (SRHR, por sus siglas en inglés), iniciando su incidencia política en la década de los cincuenta cuando un grupo de activistas empezaron una campaña para visibilizar el derecho de las mujeres de decidir sobre su fertilidad (Tellier 2016).

En la época, el debate giraba entorno si el Estado debía decidir sobre quiénes podrían tener hijos y cuántos deberían tener; ya fuese a través de la promoción o de la restricción del acceso a medidas anticonceptivas a ciertos grupos o individuos. Nació en este contexto en Bombay una de las principales voces para la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres, la International Planned Parenthood Federation (IPPF), en el año 1952. Esta organización, y otras defensoras de los derechos humanos, feministas y de



los derechos LGTBI+, han sido centrales en la conceptualización y defensa de los derechos SRHR, pues son mayoritariamente mujeres y personas de la comunidad LGTBI+ quienes experimentan más frecuentemente y de forma institucional las violaciones de estos derechos (Tellier 2016).

Estas entidades han hecho uso de la Organización de las Naciones Unidas (de ahora en adelante ONU) para participar en procesos de diálogo con los Gobiernos de las distintas naciones e incidir políticamente para el reconocimiento legal de los derechos sexuales y reproductivos. El reconocimiento expreso de estos derechos por parte de las instituciones con incidencia política y legislativa se inicia en el año 1948, con la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En esta, se consensuaron unos estándares básicos sobre qué se entendía por derecho a la salud (artículo 25, ONU 1948) y en su redacción sobre el contenido de este derecho se hace alusión a la maternidad e infancia: *“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”* (artículo 25.2, ONU 1948)

Más adelante, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), aprobada el 1979 por la Asamblea General de la ONU, también conocida como la declaración de derechos de las mujeres, estableció que los Estados deberán adoptar *“todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.”* (artículo 12, ONU 1979). No fue, sin embargo, hasta 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que el concepto de salud sexual y reproductiva se adoptó en el contexto de las Naciones Unidas (ONU 1994).

El reconocimiento legal del derecho a la salud sexual y reproductiva supone admitir que para garantizar el derecho humano *“del más alto nivel posible de salud física y mental”* (artículo 25, ONU 1948) es necesario erradicar toda discriminación, en especial aquella por motivos de género, garantizando el acceso adecuado a la educación, información y sistema sanitario que le permita al individuo decidir con libertad sobre su reproducción y sexualidad. Esta perspectiva reconoce la violencia hacia la mujer en este aspecto y, por ende, la obligación pública de los Estados de respetar, proteger y cumplir con los derechos relacionados con la sexualidad femenina y su salud reproductiva (Bellón Sánchez 2014).

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, también conocida como la Convención de Belem do Pará, ofrece una definición más precisa de la violencia contra la mujer: *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”* (artículo 1, OEA 1994). Incluye, entre los distintos ámbitos donde puede ocurrir esta violencia los *“establecimientos de salud”* (artículo 2. b., OEA 1994). Esta perspectiva de violencia hacia la mujer es la que se incluye en las leyes adoptadas por Venezuela, México y Argentina (Bellón Sánchez 2014).

Para entender el salto de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos a la conceptualización de la violencia obstétrica, hablaremos de otro organismo institucional cuyas recomendaciones han sido claves en este aspecto: la OMS.

## 2.2. *La Declaración de Fortaleza*

En abril de 1985, comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogas, sociólogas, psicólogas, economistas, administradoras sanitarias y madres se reunieron en Fortaleza, Brasil, para participar en la Conferencia sobre la Tecnología Apropriada para el Parto organizada por las oficinas regionales de América y Europa de la OMS y por la Organización Panamericana de Salud (OPS). El resultado fue la adopción unánime de unas recomendaciones que se siguen utilizando a día de hoy por activistas de todo el mundo: el informe sobre Tecnologías de Parto Apropriadas (OMS 1985), o más conocido como la Declaración de Fortaleza. Las recomendaciones contenidas en la Declaración de Fortaleza se apoyaron principalmente en un estudio realizado por la oficina regional europea de la OMS entre 1979 y 1985 (Bellón Sánchez 2014). En la conferencia anual de la OMS del año 1979, 32 países europeos sugirieron realizar un estudio sobre sus servicios de atención al parto, pues les preocupaba que los servicios perinatales les requirieran cada vez de más presupuesto y no hubiera, sin embargo, una evaluación de impacto. Con este objetivo, la oficina regional europea de la OMS formó un Grupo de Estudio Perinatal bastante heterogéneo: participaron tanto obstetras como comadronas, sociólogas y madres (Davis-Floyd, Rapp, and Sargent 1997).

Una de las principales controversias identificadas por el estudio fue sobre el uso apropiado de la tecnología en el parto: entre la evidencia científica y la tecnología obstétrica mayormente utilizada, había una amplia brecha. En general, los gobiernos tendían a seguir las opiniones de los obstetras respecto cuál era la tecnología más adecuada, aún habiendo evidencia científica que claramente lo contradijera. Más aún, observaron que en la mayoría de casos, la posición de los obstetras sobre sus prácticas era inamovible, incluso cuando se les presentaban argumentos científicos de peso apoyando la necesidad de adoptar ciertos cambios (Davis-Floyd et al. 1997).

Los resultados de este estudio perinatal se dieron a conocer a las demás oficinas regionales de la OMS. Llamó especialmente la atención a los responsables de la oficina regional americana, quienes junto la oficina europea y la OPS, organizaron un ciclo de conferencias con el objetivo de aprovechar las experiencias del Grupo de Estudio y el análisis de otros estudios científicos para consensuar un conjunto de recomendaciones sobre la tecnología de parto apropiada. Estas recomendaciones se recogieron y publicaron en la revista médica *The Lancet* (OMS 1985). Su divulgación dio inicio a un polarizado debate entre la comunidad obstetra defendiendo su uso de la tecnología para el parto, y aquellas y aquellos que abogan por otorgar poder de decisión de la mujer sobre su parto (Wagner 1994).

¿Cuáles fueron, sin embargo, estas recomendaciones? Las más relevantes fueron la necesidad de devolver a la madre el papel central en su parto, su derecho a ser informada y a decidir, la atención emocional y la reducción de las intervenciones (OMS 1985). Sobre este último punto se enfatizó que las cesáreas nunca deberían superar el 10-15% en ninguna región; la protección del periné siempre que sea posible, por lo que el uso sistemático de la episiotomía no estaría justificado, y la inducción al parto, que no debería superar el 10% en ninguna región.

Estas recomendaciones, son desde entonces uno de los documentos de referencia sobre el parto humanizado y han servido de instrumento a activistas de todo el mundo para promover cambios legislativos en esta materia. Por parte de la OMS se han revisado estas recomendaciones, se ha elaborado un conjunto de principios sobre Salud Perinatal para facilitar su implementación (OMS 1998), y se han promovido multitud de cursos y talleres para garantizar los derechos de las mujeres antes, durante y después del parto (Chalmers, Mangiaterra, y Porter 2001).

La Declaración de Fortaleza suscitó un gran interés sobre el parto respetado, y dio inicio a múltiples estudios sobre la satisfacción maternal respecto del parto. Desde entonces, se han analizado los aspectos beneficiosos de las practicas tradicionales e identificado qué practicas de los sistemas sanitarios contribuyen a la deshumanización del parto (Belizán et al. 2020). Existen estudios de prácticamente todos los países sobre la falta de trato dignificado en la atención al parto: Estados Unidos (Vedam et al. 2017), España (Wagner 2006), India (Sharma et al. 2019), Nigeria (Bohren et al. 2017), Sud-África (Oosthuizen et al. 2017), Tanzania (Ratcliffe et al. 2016), Túnez (Amroussia et al. 2017); entre muchos otros. Sin embargo, no son muchos los que han tomado medidas legislativas para la protección de esta forma de violencia hacia la mujer. Estudiaremos en la siguiente sección cómo los países latinoamericanos han legislado en este aspecto y qué definiciones han adoptado sobre la violencia obstétrica.

### *2.3. Venezuela, México y Argentina*

Los países latinoamericanos han sido pioneros en la introducción de medidas de protección de la mujer frente la violencia obstétrica en sus marcos legislativos (Arguedas Ramírez 2014). En el año 2006, Venezuela, con la aprobación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, fue el primer país del mundo en otorgar reconocimiento institucional al concepto de violencia obstétrica. El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) hizo un seguimiento cercano del proyecto de ley y tras su aprobación incluyó el término en sus recomendaciones y documentos oficiales (UNFPA 2007). Le siguieron los estados mexicanos de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas; y la República Argentina con su Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Presentaré a continuación el contenido de estos textos, centrándome en las definiciones de la violencia obstétrica para poder comparar sus diferencias y puntos en común.

## Venezuela:

En el año 2003, Venezuela elaboró la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (República Bolivariana de Venezuela 2003) con el fin de adecuarse al nuevo marco jurídico tras la aprobación de la Constitución de 1999. Este documento pretendía sentar unas guías básicas para la mejora de la asistencia al parto, pues se habían detectado una serie de problemáticas sociales que tenían su origen en una atención en salud sexual y reproductiva deficiente. Entre ellas, la prevalencia del embarazo en adolescentes y las altas tasas de mortalidad materna e infantil.

La normativa se apoyó en la situación social del país en materia de derechos sexuales y reproductivos y en el marco legal para elaborar las directrices fundamentales de la política pública en salud sexual y reproductiva, así como las competencias y funciones de los niveles administrativos, y los procedimientos para la atención integral en este ámbito. De las directrices incorporadas en la normativa, destacan el derecho de las mujeres embarazadas a decidir, ser informadas durante la hospitalización y a evitar medicalización e intervenciones en partos de menor riesgo.

Todos estos aspectos se incorporaron en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se reconocen diecinueve formas de violencia hacia la mujer, entre ellas la violencia obstétrica, que se define como *“la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”* (artículo 15.13 República Bolivariana de Venezuela 2007)

Y en el artículo 51 de la misma se enumeran los siguientes actos constitutivos de violencia obstétrica:

*“Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:*

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

### **México:**

En México, las formas de violencia contra la mujer se regulan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que regulan las políticas públicas en materia de violencia de género. Sin embargo, la ley general no incorpora la violencia obstétrica y únicamente algunos de los 32 Estados cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso (GIRE 2017).

En lo que se refiere a las definiciones contenidas en las leyes de acceso, observamos que la mayoría (Chiapas 2011; Durango 2007; Veracruz 2008, et al.) han optado por especificar qué actos y omisiones configuran la violencia obstétrica. En general, toman la definición venezolana de violencia obstétrica: *“la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad”*. Y proceden a describir específicamente que conductas serían constitutivas de violencia obstétrica, coincidiendo también con los 5 puntos enumerados en la ley venezolana.

### **Argentina:**

En el año 2009, se reconoce en Argentina la violencia obstétrica como una forma de violencia contra la mujer. Se define en el artículo 6 de la Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, la violencia obstétrica como *“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”* (Nación Argentina 2010).

Ya en el año 2004, Argentina atribuyó, aún sin nombrar la violencia obstétrica propiamente, ciertos derechos de las mujeres embarazadas en la Ley 25.929, conocida también como Ley de parto respetado. De estos derechos, destacamos el derecho *“a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas”*, *“a ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales”*, *“a ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto”* y *“al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer”* (artículo 2 Nación Argentina 2004). Observamos que estos derechos son principalmente los que se pretenden garantizar y proteger cuando se habla de violencia obstétrica.

#### 2.4. Una mirada crítica

Las definiciones de violencia obstétrica adoptadas por los legisladores de estos tres países son muy similares: comparten los mismos elementos y manifestaciones. Identifican como sujeto activo el personal de salud, como sujeto pasivo a la mujer, y como objeto la apropiación de sus cuerpos y procesos reproductivos. Coinciden además en identificar que las manifestaciones de este tipo de violencia consisten en el trato deshumanizador, en el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. En este sentido, se intuye que implícitamente consideran el parto y el proceso reproductivo como un proceso natural, incluso Argentina reconoce expresamente el derecho al *parto natural*.

Este reconocimiento del parto como proceso natural es relevante, pues en la práctica occidental el parto intervenido, el parto patologizado, se ha vuelto *normal* y el parto natural, incluso de bajo riesgo, como *anormal* (Campero et al. 1998). La bipolaridad médica entre lo normal y lo patológico ha sido estudiada en la filosofía médica (Canguilhem 1989; Foucault 1963); y aplicada al contexto reproductivo tiene como consecuencia la deshumanización del parto y el abuso de la medicalización. Un parto humanizado implica poner a la mujer al centro y en control; y ofrecer la atención médica que sea estrictamente necesaria apoyándose en la evidencia científica (Wagner 2001). Un parto medicalizado implica la separación de la mujer de su entorno y rodearla de personas que le son desconocidas ofreciendo una atención médica automatizada (Davis-Floyd et al. 1997).

Si bien las definiciones adoptadas por estos países atacan directamente las principales causas de la violencia obstétrica, la enumeración de los actos constitutivos de esta excluye algunas situaciones y prácticas extendidas que formarían parte del trato deshumanizado, como el abuso verbal o el descuido (Quattrocchi y Magnone 2020). Tampoco incorporan una perspectiva interseccional reconociendo la discriminación adicional sufrida por mujeres indígenas, procedentes de zonas rurales, de nivel socioeconómico bajo o por razón de edad.

En la próxima sección presentaré las principales causas subyacentes de la violencia obstétrica que han contribuido a la patologización, medicalización y deshumanización del parto. Pues la violencia obstétrica es multicausal y multidimensional: es una violencia estructural que se ejerce de forma sistemática y “tiene que ver con jerarquías, estatus y roles bien que reproducen el orden establecido a través de dispositivos de control y de represión de lo que se desvía de lo esperado” (p. 196, Quattrocchi y Magnone 2020).

### 3. Causas estructurales de la violencia obstétrica

El reconocimiento institucional de la violencia obstétrica, junto con la crítica feminista y la bioética, ha promovido el debate sobre la relación entre los derechos humanos y la atención a la salud de las mujeres, particularmente en lo que se refiere a sus ciclos reproductivos. En esta sección presentaré las causas estructurales que justifican la existencia misma de la violencia obstétrica, así como la necesidad de denunciarla. Estas causas, han frenado el alcance de su reconocimiento institucional en los marcos legislativos nacionales y dificultan la protección efectiva de los derechos de las mujeres dentro de los centros de salud.

#### 3.1. La violencia obstétrica y el género

Difícilmente se puede concebir la violencia obstétrica sin hacer referencia al género. Debido a la diversidad de usos atribuidos a este concepto, haremos un repaso superficial de los principales aportes de la crítica feminista relevantes para el estudio de la violencia obstétrica. El género es más que una etiqueta: es una “teoría amplia que comprende categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo” (p. 26, Lagarde 1996). Se trata pues de una construcción social creada sobre la base de la sexualidad, Seyla Benhabib define el género de la siguiente manera (Benhabib 1990):

*“Por [género] entiendo la construcción diferencial de los seres humanos en tipos femeninos y masculinos. El género es una categoría relacional que busca explicar una construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos. Las teorías feministas, ya sean psicoanalíticas, posmodernas, liberales o críticas coinciden en el supuesto de que la constitución de diferencias de género es un proceso histórico y social, y en que el género no es un hecho natural. Aún más... es necesario cuestionar la oposición misma entre sexo y género. La diferencia sexual no es meramente un hecho anatómico, pues la construcción e interpretación de la diferencia anatómica es ella misma un proceso histórico y social. Que el varón y la hembra de la especie difieren es un hecho, pero es un hecho también siempre construido socialmente. La identidad sexual es un aspecto de la identidad de género. El sexo y el género no se relacionan entre sí como lo hacen la naturaleza y la cultura pues la sexualidad misma es una diferencia construida culturalmente”*

Dicha construcción social nos asigna, además de los atributos de género en función de nuestro sexo, la identidad de género. Esta atribución determina las cualidades y rasgos correspondientes a cada género, y sobre estos se sustenta el *sistema de género* (Alcañiz 2003). El sistema de género más predominante en la sociedad occidental es el patriarcado, que supone “un orden de propiedad social y privada de las mujeres

a través de la apropiación, posesión, usufructo y desecho de sus cuerpos vividos, su subjetividad y sus recursos, bienes y obras” (p. 61, Lagarde 1996). Estas normas patriarcales regulan el control de muchos aspectos de la vida de las mujeres, entre ellos su sexualidad, su capacidad reproductiva, su maternidad y salud, y su trabajo.

Consecuentemente, “en las sociedades donde los valores patriarcales imperan, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en una pieza clave para el mantenimiento de las mujeres en una posición subordinada” (p. 95, Bellón Sánchez 2015). En este contexto, no se pueden garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres solamente desde el plano institucional, son los y las especialistas obstetras y el personal sanitario quienes tienen en sus manos el potencial para convertirse en garantes del respeto a la autonomía de las mujeres respecto su cuerpo y sus procesos reproductivos.

Sin embargo, los estudios realizados en materia de violencia obstétrica ponen en evidencia como en un porcentaje suficientemente alto, mujeres en todo el mundo han sufrido situaciones de maltrato durante el parto por parte del personal sanitario. En particular abuso físico y verbal, falta de cuidados de apoyo, discriminación y negación de su autonomía (Bohren et al. 2015). Las autoras y autores de estos estudios atribuyen estos fallos sistemáticos, entre otros, a estructuras de supervisión deficientes, un insuficiente número de personal contratado, políticas públicas, cultura, y dinámicas de poder que restan autonomía a la mujer. Además, varios estudios señalan la existencia de actitudes sexistas por parte del personal médico y sanitario, en particular en lo que se refiere a la sexualidad y capacidad reproductiva de la mujer (Belli 2013; Bellón Sánchez 2014; Bohren et al. 2015; Campero et al. 1998; Castro y Erviti 2014).

### 3.2. *Género y competencia profesional*

La evolución teórica y práctica de la ginecología como disciplina médica especializada, fundada y practicada por hombres, ha producido lo que algunas autoras han denominado como ‘*nacimiento masculino*’ (Green 2008). No solamente por convertirse la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer en un campo dominado mayoritariamente por hombres, sino también porque se ha desarrollado su base teórica en gran medida sin aportaciones de mujeres, relegándolas tradicionalmente al rol de matronas subordinadas a las indicaciones del médico o, claro está, como pacientes pasivas (Bellón Sánchez 2015; Green 2008).

Sin embargo, existen numerosos estudios que avalan el papel histórico que desempeñaron las mujeres en el cuidado a la salud (Ehrenreich and English 1973; Federici 2010; Green 2008; Ortiz 1993). Las primeras médicas y sanadoras de la historia occidental fueron las mujeres: eran conocedoras de las hierbas medicinales y transmitían sus conocimientos de generación en generación. Fueron médicas sin título quienes prestaban asistencia sanitaria a la población rural y asistían como parteras en las experiencias



reproductivas de sus vecinas. Estas *'mujeres sabias'*, como eran conocidas por la gente del pueblo, representaban también una amenaza política, religiosa y sexual para la Iglesia y para el Estado. Los inquisidores Kramer y Sprengner escribieron: "*Nadie causa mayores daños a la Iglesia católica que las parteras*" y usaron acusaciones de brujería para justificar su persecución (Ehrenreich y English 1973).

Durante la Edad Media, mientras las mujeres se convertían en brujas a ojos de las autoridades, la práctica obstétrica se introdujo en el currículum de la formación médica en las universidades europeas. Si bien es cierto que las mujeres no dejaron nunca de ejercer como parteras, se las excluyó de la producción del *'conocimiento acreditado'* en un campo consistente en su propio cuerpo (Ortiz 1993). Es decir, la masculinización de la atención ginecológica y de su producción científica que ha moldeado la patologización del parto y de los cuerpos femeninos en la medicina, tiene sus orígenes en la persecución de la mujer por razón de sus conocimientos médicos y con el fin de someter sus cuerpos al control masculino.

### *3.3. Condiciones de trabajo en los sistemas de salud*

Además de la histórica sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica expuesta brevemente en el apartado anterior, las condiciones de trabajo en los centros de salud reproductiva suponen una limitación más de los sistemas de salud como causa estructural de violencia obstétrica. La OMS, junto con la Confederación Internacional de Matronas y la White Ribbon Alliance, publicó en 2016 los resultados de la primera encuesta mundial a matronas en la que denuncian los obstáculos a los que se enfrentan para poder ofrecer un servicio de atención al parto adecuado con los estándares de derechos humanos (OMS et al. 2016).

La precariedad laboral de las trabajadoras supone un freno importante para la prestación de servicios sanitarios de calidad. Debido a la insuficiencia de personal y el alto número de pacientes, estas tienen jornadas laborales largas y sueldos muy bajos. Además, una quinta parte de las matronas reportaron que dependían de otra fuente de ingresos para su subsistencia y la de sus familias. Si bien esta situación por sí sola ya supone un cansancio y una presión agregados, muchas de ellas mencionaron estar al cuidado de hijos u otras personas de su entorno familiar.

El estudio reveló también que muchas de las encuestadas consideran que su labor se ve limitada por desequilibrios en las relaciones de poder dentro del sistema sanitario. Otros factores, como la falta de inversión en su formación o el acoso en el entorno laboral, influyen negativamente en su autoestima y en su capacidad para atender adecuadamente a pacientes en todo el mundo, propiciando en consecuencia el maltrato de las madres atendidas.

### 3.4. Estereotipos de género

En el artículo 5 de la CEDAW, se requiere a los Estados que adopten medidas que permitan “*alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres*” (ONU 1979). Los estereotipos son un fenómeno habitual en la percepción humana, ofrecen una primera impresión de una persona por pertenecer a un grupo identificable. Sin embargo, pueden ser extremadamente perjudiciales, sobretodo en el contexto médico donde los pacientes pueden sufrir una atención desigual o discriminación en base a estas opiniones preconcebidas.

Tradicionalmente se ha creído que la maternidad es, y debe ser, el objetivo máximo de cualquier mujer. Consecuentemente se ha asumido su voluntad de sacrificarse a sí mismas y su salud colocando los intereses fetales por encima de los suyos. Debido a esta asunción estereotipada se ha justificado la negación de tratamientos a mujeres embarazadas para el cuidado de enfermedades no relacionadas con el embarazo, como cánceres, porque tales tratamientos pueden comprometer la supervivencia o el bienestar fetal (International Federation of Gynecology and Obstetrics 2012). Además, múltiples investigaciones recogen el testimonio los abusos físicos y verbales que han sufrido las mujeres por parte del personal médico y que nacen de la concepción de que el placer sexual de las mujeres tiene un precio en forma de dolor en el parto (D’Oliveira, A., Flavia, P.L., Diniz 2002; Ellison 2003; Erviti, Sosa, y Castro 2007; Chiarotti, S.; García, M.; Aucía, A., Armichiardi, S. 2003).

Por otro lado, el estereotipo de la vulnerabilidad y la sensibilidad de las mujeres puede llevar a un profesional de la salud a retener la información necesaria para el consentimiento informado de una mujer por la percepción de que pueda ser angustiante o provocarle ansiedad (International Federation of Gynecology and Obstetrics 2012). Además en ciertos países existen practicas médicas o leyes discriminatorias contra las mujeres que condicionan su autonomía por la creencia de que son incapaces de tomar decisiones por si mismas, por ejemplo, el requerimiento del consentimiento del esposo o un tercero para ser sometida a un tratamiento médico (ONU 2019).

Existen otros ejemplos de discriminaciones interseccionales que estigmatizan a mujeres por pertenecer a minorías, ser mujeres indígenas o mujeres con discapacidades, entre otras razones (Bohren et al. 2015). Estas mujeres pueden sufrir además de la discriminación derivada de estereotipos de género otras, como la esterilización forzada o la segregación dentro de los centros de salud. En Eslovaquia, los testimonios de muchas mujeres romanís ponen en evidencia como fueron asignadas en habitaciones distintas y tratadas en condiciones desiguales, llegando incluso ser atendidas dos mujeres en una misma cama (Center for Reproductive Rights 2017).

Silvia Agüero, escritora y activista de los Derechos de las Personas Gitanas y contra la violencia etno-obstétrica, explica las discriminaciones sufridas por los estereotipos que hay en España sobre las mujeres

gitanas. Estas discriminaciones tiene forma de programas sociales de planificación familiar dirigidos a la comunidad gitana, de asignaciones de una habitación específica para gitanas en las plantas de maternidad y de insistentes recomendaciones para que se realicen una ligadura de trompas (Agüero Fernández 2017). Recuerda que además de las mujeres romanís, otras mujeres racializadas sufren también versiones de violencia etno-obstétrica, particularmente mujeres musulmanas, afrodescendientes y latinas.

### *3.5. La dinámica de poder*

Las relaciones de autoridad y dinámicas de poder en las relaciones médico-paciente, entre profesionales y superiores, o entre la mujer y las instituciones, son otra causa de violencia obstétrica muy relacionada con los estereotipos de género sobre la mujer y su papel en la sociedad (ONU 2019). Estas dinámicas se derivan de la conceptualización de la medicina como autoridad científica y, más aún, moral (Pérez y Gómez 2010).

El contexto histórico por el que se hizo la transición de la medicina practicada por las *'mujeres sabias'* a los médicos universitarios, otorgó a la medicina moderna la autoridad para deslegitimar otros conocimientos, particularmente el de las curanderas y matronas (Bellón Sánchez 2015). En las últimas décadas, se ha argumentado que la tecnología influye en gran medida en la jerarquización del conocimiento médico y autoridad en el interior de la sala de partos (Jordan 1978), justificando así, que los médicos deban ser quienes tomen automáticamente muchas de las decisiones.

Es el centro de salud el que tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres, si bien se trata de procesos naturales de sus propios cuerpos, dependen de la información y la atención recibida por parte del centro (OMS 2019). En este sentido, la autoridad médica puede promover una cultura de impunidad, donde las violaciones de derechos humanos no solamente queden exentas de represalias, sino que además pasen desapercibidas incluso por las propias pacientes o por el personal médico (Erdman, 2015). Si bien la violencia obstétrica no siempre se ejerce de forma consciente por los propios profesionales, esta desigualdad en el poder se evidencia en los casos en que se justifica el maltrato de la mujer durante la atención al parto con el abuso de la doctrina de la necesidad médica (OMS 2019).

#### **4. Un enfoque de derechos humanos**

Hemos visto hasta aquí como el reconocimiento de la violencia obstétrica se ha introducido en el plano institucional en dos ámbitos: en el internacional surgió desde la protección de los derechos sexuales y reproductivos, mientras que en el ámbito nacional lo hizo en relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Hemos visto también que estas situaciones de violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se desarrollan en un contexto de desigualdad estructural, discriminación y estereotipos patriarcales. En este apartado presentaré las implicaciones de la violencia obstétrica desde el punto de vista de los derechos humanos de las mujeres. Como veremos, si bien la conceptualización expresa de este tipo de violencia es importante para su protección, con el marco actual de amparo de los derechos humanos se puede proceder a su protección efectiva sin necesariamente hacer referencia expresa a la violencia obstétrica. Expertos independientes, titulares de mandatos de procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, y órganos creados en virtud de tratados internacionales han estudiado las violaciones de los derechos humanos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante el parto (ONU 2019). A continuación, presentaré qué derechos se ha considerado que son susceptibles de ser vulnerados en estas situaciones e incluiré las perspectivas de algunos tribunales internacionales respecto ciertos derechos potencialmente vulnerados relacionados con la violencia obstétrica.

##### *4.1. Violencia obstétrica y derechos humanos*

La violencia obstétrica constituye una violación de los derechos humanos en dos niveles distintos: como manifestación de violencia de género contra la mujer, y como vulneración del derecho a la salud (Belli 2013). Además, no podemos tomar el derecho a la salud como un derecho aislado, para una comprensión plena que permita garantizar su acceso y goce, debemos adoptar una concepción integral de los derechos humanos. De acuerdo con la Declaración de Viena, “*todos los derechos humanos son universales, indivisibles interdependientes e interrelacionados*” (ONU 1993). En otras palabras, fácilmente se puede observar que no es posible entender el derecho a la vida sin garantizar una salud física y mental adecuada, o tampoco lo es sin incorporar la garantía a una vida libre de discriminación. Por este motivo, si bien en esta sección hablaré de unos derechos específicos que han sido y son vulnerados en situaciones de violencia obstétrica, pueden existir otros susceptibles a ser vulnerados en determinadas circunstancias.

##### **Derecho a una vida libre de violencia de género**

Los únicos cinco países en todo el mundo que han incorporado la prohibición de la violencia obstétrica en sus respectivos marcos legislativos lo han hecho en leyes dirigidas a la erradicación de la violencia de género. He argumentado anteriormente como la relación existente entre el género y la violencia obstétrica

es una manifestación de las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. En este sentido, “toda acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, por motivos de género, ejercida en el ámbito de atención de la salud reproductiva, constituye una forma de violencia y discriminación contra las mujeres” (p. 15 GIRE 2015).

La violencia contra la mujer como una violación de derechos humanos y como forma de discriminación está prohibida por las principales organizaciones internacionales. La ONU, la Organización de Estados Americanos (OEA), la Organización para la Unidad Africana (OUA) y la Unión Europea (UE) la incorporan en las siguientes convenciones: la CEDAW (ONU 1979), la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU 1993a), la Convención Belém do Pará (OEA 1994), el Protocolo de Maputo (OUA 2003), el Convenio de Estambul (UE 2011), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ONU 1994) y la Plataforma de Acción de Beijín (ONU 1995).

El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia se relaciona muy directamente con otros derechos, y muy en particular el derecho a la salud. En este sentido, la Plataforma de Acción de Beijín se reconoce que el “principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos” (ONU 1995).

Más concretamente, sobre la violencia obstétrica y el derecho a la salud de las mujeres, diversos expertos regionales y de la ONU en materia de derechos humanos se pronunciaron conjuntamente sobre la aplicación de la Agenda 2030 y instaron a los Estados a “hacer frente a los actos de violencia obstétrica e institucional sufridos por las mujeres en los centros de salud y a adoptar todas las medidas legislativas y prácticas posibles para prevenir, prohibir y castigar esos actos y para garantizar su reparación” (ONU 2019).

### **Derecho a la salud**

En la Constitución de la OMS (ONU, 1948) se define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En la Observación General No.14. sobre el artículo 12 PIDESC, del Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se enumera, con una lista no exhaustiva, con qué otros derechos humanos se vincula directamente el derecho a la salud: el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

A continuación, repasaré brevemente el contenido de algunos de estos derechos que abordan los componentes integrales del derecho a la salud y que frecuentemente son violentados en relación con la violencia obstétrica. Sobre los derechos sexuales y salud reproductiva, si bien claramente forman parte del contenido del derecho a la salud, me remito a lo expuesto anteriormente en el marco teórico sobre la conceptualización de la violencia obstétrica.

### **Derecho a la integridad de la persona**

El artículo 3 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (UE 2000) establece que:

1. *“Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica.*
2. *En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular:*
  - a) *el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley;*
  - b) *la prohibición de las prácticas eugenésicas, en particular las que tienen como finalidad la selección de las personas;*
  - c) *la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro;*
  - d) *la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.”*

Dentro del marco de la violencia obstétrica, este derecho se ve vulnerado cuando no se obtiene el consentimiento libre e informado de la paciente y cuando se emplean prácticas invasivas innecesarias como episiotomías, cesáreas que no están médicamente indicadas y ligaduras de trompas sin contar con el consentimiento de la mujer (Belli 2013). El Tribunal Constitucional español resolvió, en el contexto de un caso de esterilización de una mujer con discapacidades psíquicas que “toda esterilización no voluntaria por razones eugenésicas, como castigo o para prevenir la procreación atenta contra el derecho fundamental a la vida y a la integridad de la persona” (STC 215/1994)

### **Derecho a la privacidad y a la vida familiar**

La protección de este derecho recogido en el artículo 8 de el Convenio Europeo de Derechos Humanos (Consejo de Europa 1950) en relación con la violencia obstétrica ha sido muy discutida en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. En el caso *Konovalova c. Rusia*, el Tribunal dictaminó que la atención al parto de la señora Konovalova, al que asistieron estudiantes de medicina y accedieron a información sobre su salud y tratamiento médico, constituyó violación del artículo 8. Si bien la legislación nacional permitía la asistencia de estudiantes de medicina en los tratamientos médicos bajo supervisión, no preveía nada respecto la obtención del consentimiento informado de las pacientes; y las informaciones a las que

tuvieron acceso los estudiantes eran suficientemente sensibles para constituir una invasión de su privacidad (STEDH de 21 de noviembre de 2012).

En relación con el derecho de las mujeres al parto en casa, el Tribunal se ha pronunciado en diversas ocasiones amparándose también en el artículo 8. En 2010, en el caso *Ternovsky c. Hungría*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos reconoció que la ‘*vida privada*’ incorpora aspectos de la identidad física y social del individuo, incluyendo la decisión de tener o no hijos, y consecuentemente el derecho a escoger las circunstancias del parto. Por tanto, el hecho de que Hungría careciera de una regulación integral y eficaz sobre el parto en casa exponía a los profesionales sanitarios que realizan esta práctica al riesgo de ser enjuiciados, por lo que limitaba las opciones de la solicitante para elegir dar a luz en casa y constituía una violación del derecho a la vida privada (STEDH de 14 de diciembre de 2010).

Sin embargo, en 2016 el Tribunal parece adoptar una postura muy diferente en los casos de *Dubská y Krejzová c. la República Checa* determinando que el hecho de que la legislación checa prohibiera la asistencia de matronas a partos en domicilios no constituía una injerencia en el derecho de la mujer a su vida privada (STEDH de 2 de diciembre de 2015). Similarmente, en 2018, en el caso *Pojatina c. Croacia*, el Tribunal concluyó que la prohibición de parir en casa establecida en la legislación croata tampoco constituía una infracción del artículo 8 (STEDH de 4 de octubre de 2018).

### **Derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud**

Muy relacionado con el derecho a la integridad y el derecho a la privacidad encontramos el derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud. Se recoge en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la siguiente manera: “*toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada*” (artículo 6 UNESCO 2005).

Un estudio de 2015 publicado en la revista médica PLOS recoge las experiencias de maltrato sufrido por mujeres de todo el mundo durante el parto apoyándose en evidencia empírica de 34 países (Bohren et al. 2015). Se encuentra que, de acuerdo con estudios realizados en Kenia, Sudáfrica y Reino Unido, a muchas pacientes no se les pidió el consentimiento para la realización de algunos procedimientos médicos altamente invasivos como la cesárea. Otras a quienes si se les pidió el consentimiento no se las informó adecuadamente de los riesgos y beneficios del procedimiento y percibieron que el personal sanitario contaba con su consentimiento. Además, en el caso de Kenia, algunas mujeres evitaban o temían el parto en centros de salud médicos por miedo a ser testadas en VIH sin su consentimiento.

### **Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes**

El derecho a no estar sometido a torturas ni a recibir penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes está comprendido en el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En su informe de 2016, el Relator Especial contra la Tortura identificó la esterilización forzada, como uno de los tratamientos médicos invasivos o de tipo irreversible que se podría identificar como un acto de tortura o maltrato si se aplica o administra sin el consentimiento libre e informado de la paciente (ONU 2016).

En la sentencia *V.C. c. Eslovaquia* el Tribunal Europeo de Derechos Humanos resolvió sobre un caso de esterilización forzada a una mujer de origen romaní en un hospital de Eslovaquia en relación con la posible vulneración del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que prohíbe en términos absolutos la tortura o los tratos inhumanos o degradantes, independientemente de las circunstancias y el comportamiento de la víctima (STEDH de 22 de marzo de 2011).

La demandante alegó que no dio un consentimiento pleno e informado a su esterilización tal y como requieren las normas internacionales, la esterilización no se practicó de acuerdo con el Reglamento de Esterilización de 1972 que estaba en vigor en ese momento, y su firma en el formulario de esterilización se tomó en un momento muy avanzado del parto. Además, la esterilización no fue un procedimiento vital en su caso y se practicó sin considerar vías alternativas. Destacó que el procedimiento se dio un contexto de práctica generalizada de esterilización de las mujeres romaníes, que tuvo su origen en el régimen comunista y en los estereotipos y actitudes hostiles hacia las personas de origen romaní.

El Tribunal apreció tanto una vulneración substantiva del artículo 3 del convenio, sobre la prohibición de tortura, como una vulneración del artículo 8, sobre el derecho a la vida privada y familiar, pues entendió que “la interferencia afectaba a una de las funciones esenciales del cuerpo y conllevaba numerosas consecuencias adversas para, en particular, su vida privada y familiar”.

Otra practica obstétrica muy extendida es la episiotomía, que consistente en un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. De acuerdo con el informe presentado ante la Asamblea General en 2019 de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, la practica de la episiotomía, si bien “puede resultar beneficiosa para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante” (ONU 2019).

### **Derecho a estar libre de discriminación**

En el artículo 12 de la CEDAW se establece que “*los Estados adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica*



*a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar”*(ONU 1979). El derecho de la mujer a una vida libre de discriminación complementa y justifica el derecho a una vida libre de violencia de género que hemos expuesto anteriormente.

Por otro lado, como se ha argumentado, la discriminación por razón de género no es la única que existe ni la única que contribuye a la violencia obstétrica. Las mujeres y niñas con discapacidades, racializadas, procedentes de entornos socioeconómicos determinados o con sexualidades no normativas, entre otras razones, son más susceptibles a sufrir este tipo de vulneración de sus derechos humanos (Castro, Savage, y Kaufman 2015). Estas sufren discriminación interseccional y reciben una atención desigual en comparación con otras mujeres. Esta situación se puede apreciar, por ejemplo, en los casos de esterilización involuntaria a mujeres romanís expuesta anteriormente.

#### *4.2. Condena de la ONU a España por violencia obstétrica*

En febrero de 2020 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de la ONU adoptó la decisión de condenar al Estado español por violencia obstétrica en virtud de los derechos garantizados en los artículos 2 b), c), d) y f), 3, 5 y 12 de la Convención. Muchas expertas la han considerado una condena histórica, pues es la primera vez que, a través del Protocolo Facultativo de este organismo, el CEDAW se pronuncia respecto un caso de vulneración de la Convención por violencia obstétrica (CEDAW 2020).

En su decisión, el Comité estima la denuncia de la autora, en la que sostenía que la “patologización de su parto mediante un abuso de medicación e intervencionismo médico (como ingreso precoz, tactos vaginales innumerables e innecesarios, administración de oxitocina sin información y sin consentimiento, prohibición de moverse, obligación de dar a luz en posición de litotomía, extracción instrumental, episiotomía sin información y sin consentimiento, y separación de su hija) vulneró sus derechos reconocidos por los artículos 2, 3, 5 y 12 de la Convención, por no haber podido acceder a servicios de salud de calidad y libres de violencia y discriminación, por no haber podido ejercer su autonomía personal y por haber lesionado su integridad física y moral”.

El Comité concluye que existía “una alternativa a la situación vivida por la autora”. Particularmente porque el embarazo de la autora se desarrolló sin complicaciones y no había una situación de emergencia cuando llegó al hospital. Sin embargo, tras su ingreso fue sometida a múltiples intervenciones sin recibir explicaciones ni oportunidad de dar su consentimiento. Por otro lado, apreció que las autoridades administrativas y judiciales del Estado que resolvieron sobre su caso “aplicaron nociones estereotipadas y, por lo tanto, discriminatorias, al asumir que es el médico quien decide realizar o no la episiotomía”.

Indica que, además, las autoridades afirmaron que era *'perfectamente comprensible'* que al padre no le permitieran estar presente en el parto instrumental sin dar ninguna justificación y asumieron que las lesiones psicológicas sufridas por la autora eran una cuestión de *'mera percepción'*. Sin embargo, sí “mostraron empatía hacia el padre cuando declaró haberse visto privado de relaciones sexuales coitales durante el período de dos años”.

Este caso es relevante en muchos aspectos e ilustra todas las cuestiones presentadas en este trabajo, pues pone en evidencia las dinámicas de poder en las relaciones entre los profesionales sanitarios y las mujeres, así como los estereotipos de género sobre el papel del cuerpo de la mujer y sus funciones tradicionales en la sociedad en lo que respecta a la sexualidad y la reproducción. Su relevancia recae en que, además de la obligación de indemnización, el Comité insta al Estado español a orientar políticas públicas dirigidas a la lucha contra esta violencia (Recomendación b.iv.), a proporcionar capacitación profesional adecuada tanto a los profesionales sanitarios como al personal judicial y al personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley, así como realizar estudios sobre la violencia obstétrica en el Estado con el fin de visibilizar la situación.

Cabe destacar que el Tribunal Supremo Español reconoció parcialmente el carácter imperativo de las resoluciones del Protocolo Facultativo del CEDAW en 2018 (STS CA 1263/2018) refiriéndose únicamente la recomendación de indemnizar a la víctima e ignorando las referentes a la adopción de políticas públicas pertinentes (Plataforma Informe Sombra CEDAW España 2018).

## 5. Conclusión

En este trabajo he tratado de analizar la violencia obstétrica y la conveniencia de incorporar su definición y prohibición a las legislaciones positivas. Hasta ahora solamente lo han hecho cinco países en todo el mundo. Entre ellos Venezuela, México y Argentina, cuyas definiciones me han permitido hacer una aproximación teórica del contenido de esta forma de violencia. A modo de resumen de lo expuesto anteriormente detallaré, a continuación, las características de este tipo de violencia que han sido analizadas a lo largo de este trabajo, las cuales me han permitido justificar esta necesidad.

En primer lugar, la violencia obstétrica es una violencia estructural e institucionalizada. El análisis de las causas subyacentes a la violencia obstétrica pone en relieve el carácter sistemático con el que se ejerce. En muchas ocasiones se deriva de las prácticas hospitalarias que se han originado en el contexto patriarcal y de dinámicas de poder de una institución jerarquizada que se ha apropiado del control del parto. Por ello, si bien es cierto que los derechos humanos son una herramienta importante para la protección de la mujer frente a la violencia obstétrica, esta protección es, muchas veces, insuficiente y tardía.

En segundo lugar, la violencia obstétrica es una vulneración de múltiples derechos humanos reconocida internacionalmente. La condena del Estado español por parte de la CEDAW y las resoluciones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos ilustran que, si bien el reconocimiento institucional nacional expreso de la violencia obstétrica no es estrictamente necesario para la garantía de los derechos humanos de las mujeres, pues sus manifestaciones se pueden amparar en derechos ya reconocidos, muchas veces los estereotipos de género impiden que los jueces y tribunales protejan a la mujer cuando esta la sufre. Por ello, el reconocimiento expreso dentro de los marcos legislativos, junto con la capacitación del personal sanitario y jurídico, son piezas cruciales para garantizar los derechos humanos de las mujeres en relación con este tipo de violencia.

En tercer lugar, la violencia obstétrica es una forma de violencia de género normalizada tanto por las víctimas como por el personal sanitario. De ahí que sea necesario visibilizarla para que deje de negarse y se ofrezca de este modo una protección efectiva a las mujeres. La positivización y consiguiente prohibición de la violencia obstétrica debe ir acompañada de políticas públicas para hacer efectiva la protección de los derechos humanos más básicos de las mujeres durante el parto.

La incorporación de la violencia obstétrica en las legislaciones nacionales es, por tanto, necesaria. Sin esta, los derechos humanos de las mujeres seguirán siendo vulnerados durante las intervenciones relacionadas con el parto y el proceso reproductivo. Sin embargo, su conceptualización y prohibición, debe ir acompañada de estudios que sirvan de base para la elaboración de políticas públicas, programas de capacitación del personal sanitario y jurídico, y medidas de apoyo o reparación del daño causado a las víctimas.

## 6. Bibliografía

- Agüero Fernández, Silvia (2017). "De Mi Dolor Te Doy Una Rosa." *Pretendemos Gitanizar El Mundo*. Última revisión 8 de junio 2020 (<https://pretendemosgitanizarelmundo.com/2017/05/23/de-mi-dolor-te-doy-una-rosadav-tuqe-jekh-roza-miri-dukhaear-of-my-pain-i-give-you-a-rose/>).
- Alcañiz Moscardó, Mercedes (2003). "Género, cambio social y desarrollo." *Asparkia, Investigación Feminista*, pp. 11-32.
- Amroussia, Nada; R. Hernández, Alison; Vive-Cases, Carmen; Goicolea, Isabel. (2017). "Is the doctor God to punish me?!" An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. *Reproductive Health*, 14(1) p. 32.
- Arguedas Ramírez, Gabriela. (2014). "La Violencia Obstétrica: Propuesta Conceptual a Partir de La Experiencia Costarricense." *Cuadernos Inter.c.a.mbio Sobre Centroamérica y El Caribe* Vol. 11, No. 1 Enero-Junio, pp. 145-169
- Belizán, José M.; Miller, Suellen; Williams, Caitlin; Pingray, Verónica. (2020). "Every Woman in the World Must Have Respectful Care during Childbirth: A Reflection." *Reproductive Health* 17(1):7
- Belli, Laura F. (2013). "La Violencia Obstétrica: Otra Forma de Violación a Los Derechos Humanos." *Revista Redbioética/UNESCO* pp. 25–34.
- Bellón Sánchez, Silvia. (2014). "Obstetric Violence: Medicalization, Authority Abuse and Sexism within Spanish Obstetric Assistance. A New Name for Old Issues?"
- Bellón Sánchez, Silvia. (2015). "La Violencia Obstétrica Desde Los Aportes de La Crítica Feminista y La Biopolítica." *Dilemata* (18) pp. 93–111.
- Benhabib, Seyla; Cornel, Drucila. (1990). "Teoría Feminista y Teoría Crítica." *Alfons El Magnánim* 14.
- Blundell, James (1827). Lectures on the theory and practice of midwifery. *Lancet*, 12/1 ; 9(222), pp. 329–335.
- Bohren, Megan A.; Vogel, Joshua; Tunçalp, Özge MA, et al. (2017). Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. *Reproductive Health*, 14(1), pp. 239–44.
- Bohren, Meghan A.; Vogel, Joshua P.; Hunter, Erin C.; Lutsiv, Olha; Makh, Suprita K.; Souza, João Paulo; Aguiar, Carolina; Saraiva Coneglian, Fernando; Araújo Diniz, Alex Luíz; Tunçalp, Özge; Javadi, Dena; Oladapo, Olufemi T.; Khosla, Rajat; Hindin, Michelle J.; Gülmezoglu, A. Metin. (2015). "The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review." *PLOS Medicine* 12(6). pp. 1–32.
- Campero, Lourdes; García, Cecilia; Díaz, Carmen; Ortiz, Olivia; Reynoso, Sofia; Langer, Ana (1998). "Alone, I wouldn't have known what to do": A qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico., *Social Science & Medicine*, Elsevier, vol. 47(3), pp. 395-403.

- Canguilhem, Georges (1989). *The Normal and the Pathological*. Nueva York: Zone Books.
- Castro, Arachu; Savage, Virginia; Kaufman, Hannah. (2015). “Equitatividad de La Atención a Las Mujeres Indígenas y Afrodescendientes de América Latina.” *Revista Panamericana de Salud Pública* 38(2). pp. 96–109.
- Castro, Roberto; Erviti, Joaquina. (2014). “25 Years of Research on Obstetric Violence in Mexico.” *Revista CONAMED* 19(1) pp.37–42.
- Castro, Roberto; López Gómez, Alejandra. (2010). *Poder Médico y Ciudadanía: El Conflicto Social de Los Profesionales de La Salud Con Los Derechos Reproductivos En América Latina. Avances y Desafíos En La Investigación Regional*.
- Center for Reproductive Rights. (2017). “Vakeras Zorales – SPEAKING OUT Roma Women’s Experiences in Reproductive Health Care in Slovakia.” (884). pp. 44–46.
- Chalmers, Beverley; Mangiaterra, Viviana; Porter, Richard. (2001). “WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course Impact of the WHO Recommendations for The WHO Regional Office for Europe Recently Con.” *BIRTH Wiltshire Health Care National Health Services Trust* 28(September) pp. 202–7.
- D’Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas; Grilo Diniz, Simone; Schraiber, Lilia Bilma. (2002). “Violence against Women in Health Care Institutions: An Emerging Problem.” *The Lancet* 359(9318) pp.1681–85.
- Davis-Floyd, Robbie; Sargent, Carolyn F.; Rapp, Rayna (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. (1ª ed.). Berkeley, CA: University of California Press.
- Ehrenreich, Bárbara; English, Deirdre. (1973). *Brujas Parteras y Enfermeras*. Nueva York: Feminist Press
- El Parto es Nuestro. (2018, 31 de octubre). “*La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) niega la Violencia Obstétrica. El Parto es Nuestro responde*”. Blog El Parto es Nuestro. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2018/10/31/la-sociedad-espanola-de-ginecologia-y-obstetricia-sego-niega-la-violencia-obstetrica-el-parto-es-nuestro-responde>.
- Ellison, Marcia. 2003. “Authoritative Knowledge and Single’s Women’s Unintentional Pregnancies, Abortion, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence.” *Medical Anthropology Quarterly* 17(13) pp.322–47.
- Erdman, Joanna N. (2015). Commentary: Bioethics, Human Rights, and Childbirth. *Health and Human Rights* 17/1.
- Erviti, Joaquina; Sosa, Itzel Adriana; Castro, Roberto. (2007). “Respeto a Los Derechos Reproductivos En Las Políticas de Salud Reproductiva. La Construcción Profesional de Los Derechos Reproductivos.” *Salud Pública de México* 49, pp. 161–65.

- Federici, Silvia. (2010). *El Caliban y La Bruja. Mujeres, Cuerpo y Acumulación Originaria*. (1ª ed.) Madrid: Traficantes de sueños
- Foucault, Michel (1963). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. París: Siglo XXI Editores
- Green, Monica Helen. (2008). *Making Women's Medicine Masculine: The Rise of Male Authority in Pre-Modern Gynaecology*. (1ª ed.) Nueva York: Oxford University Press.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. 2015. *Violencia Obstétrica. Un Enfoque de Derechos Humanos*.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. 2017. "Omisión e Indiferencia: Derechos Reproductivos En México." 1(2):34.
- Chiarotti, Susana; García Jurado, Mariana; Aucía, Analía, Armichiardi, Susana (2003), *Con Todo al Aire* 1. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Buenos Aires: INSGENAR, CLADEM.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2012). *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health*. London: FIGO House
- Jordan, Brigitte. (1978). *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Waveland Pr Inc
- Lagarde, Marcela. (1996). *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. Cuadernos Inacabados 25. Madrid: Horas y Horas
- Olorenshaw, Vanessa. Feminism has focused on the boardroom but it is time to remember the birthing room. *The huffington post*. (2016). Última revisión 5 de junio de 2020. ([http://www.huffingtonpost.co.uk/vanessa-olorenshaw/feminism-has-focused-ont\\_b\\_12316114.html](http://www.huffingtonpost.co.uk/vanessa-olorenshaw/feminism-has-focused-ont_b_12316114.html)).
- Organización Mundial de la Salud. (1985). "Appropriate Technology for Birth." *The Lancet* 326(8452):436–37.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). "Principles of Perinatal Care."
- Organización Mundial de la Salud, Confederación Internacional de Matronas, y White Ribbon Alliance. (2016). "Midwives' Voices, Midwives Realities: Findings from a Global Consultation on Providing Quality Midwifery Care."
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). "Informe Del Relator Especial Sobre La Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes." (A/HRC/31/57).
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). "Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del

maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica" (A/74/137)

Oosthuizen, Saire; Bergh, Anne Marie; Pattinson, Robert C.; Grimbeek, Jackie. (2017). "It Does Matter Where You Come from: Mothers' Experiences of Childbirth in Midwife Obstetric Units, Tshwane, South Africa." *Reproductive Health* 14(151) pp. 1–11.

Ortiz, Teresa. 1993. "From Hegemony to Subordination: Midwives in Early Modern Spain." *The art of midwifery: early modern midwives in Europe*.

Plataforma Informe Sombra CEDAW España. 2018. "Informe Sombra Sobre La Aplicación En España 2015 - 2018 de La CEDAW."

Quattrocchi, Patrizia; Magnone, Natalia. (2020). *Violencia Obstétrica En América Latina. Conceptualización, Experiencias, Medición y Estrategias*.

Ratcliffe, Hannah. L; Sando, David; Lyatuu, Goodluck Willey; Emil, Faida; Mwanyika-Sando, Mary, Chalamilla, Guerino; Langer, Ana; McDonald, Kathleen P. (2016). "Mitigating Disrespect and Abuse during Childbirth in Tanzania: An Exploratory Study of the Effects of Two Facility-Based Interventions in a Large Public Hospital." *Reproductive Health* 13(1):79.

Sharma, Gaurav; Penn-Kekana, Loveday; Halder, Kaveri; Filippi, Véronique. (2019). "An Investigation into Mistreatment of Women during Labour and Childbirth in Maternity Care Facilities in Uttar Pradesh, India: A Mixed Methods Study." *Reproductive Health* 16(7):1–16.

Tellier, Siri. (Ed.) (2016). *Sexual and reproductive health and rights: Agreements and Disagreements. A background document of the evidence base.* (7 ed.) Copenhagen: Working Group on Sexual and Reproductive Health and Rights.

Vedam, Saraswathi; Stoll, Kathrin; Khemet, Tanya; Rubashkin, Nicholas; Cheyney, Melissa; Strauss, Nann; et al. (2017). "The Giving Voice to Mothers Study: Inequity and Mistreatment during Pregnancy and Childbirth in the United States." *Reproductive Health* 2017; 16(1):77

Wagner, Marsden. (2001). "Fish Can't See Water: The Need to Humanize Birth." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75

Wagner, Marsden. (1994). *Pursuing the Birth Machine: Search for Appropriate Birth Technology*.

Wagner, Marsden. (2006). "El Cuidado Maternal En España 2006: La Necesidad de Humanizar El Parto." *Medicina Naturista* 10(1):598–610.

### ***Legislación y Jurisprudencia.***

Carta de Derechos Fundamentales de La Unión Europea, hecha en Estrasburgo el 7 de diciembre de 2000.  
Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950.

Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia de género, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.

Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer, hecha en la ciudad de Belém Do Pará el 9 de junio de 1994.

Convención Sobre La Eliminación de Todas Las Formas de Discriminación Contra La Mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979

Decisión Adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018. Adoptada el 28 de febrero de 2020

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing Adoptada En La Cuarta Conferencia Mundial Sobre La Mujer, hecha en Beijing en septiembre de 1995.

Declaración Universal de Los Derechos Humanos hecha en París el 10 de diciembre de 1948.

Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos hecha en París por la UNESCO el 19 de octubre de 2005.

Declaración Sobre La Eliminación de La Violencia Contra La Mujer, Resolución de la Asamblea General de 20 de diciembre de 1993.

Declaración y Programa de Acción de Viena de La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, hecha en Viena en junio de 1993.

Ley Organica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, núm. 38.668, 23 de abril de 2007.

Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas. Periódico Oficial del Estado de Chiapas, núm. 152, 23 de marzo de 2009

Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Gaceta Oficial del Estado de Veracruz, núm. 235 ext. 65, 28 de febrero de 2008.

Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango. Periódico Oficial núm. 53, 30 de diciembre de 2007.

Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales, núm. 26.485. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 1 de abril de 2009.

Ley de Parto Respetado, núm. 25.929. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 17 de septiembre de 2004.

Norma Oficial Para La Atención Integral de La Salud Sexual y Reproductiva. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 2003.

Programa de Acción de La Conferencia Internacional Sobre La Población y El Desarrollo, hecho en El



Cairo en septiembre de 1994

Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos Relativo a los Derechos de la Mujer, hecho en Maputo el 11 de julio de 2003.

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 215/1994 Sobre La Cuestión de Inconstitucionalidad 1.415/1992 de 14 de julio de 1994.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. 2010. “Ternovszky c. Hungary”, Núm. 67545/09.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. 2011. “V.C. c. Eslovaquia”, Núm. 18968/07.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. 2014. “Konovalova c. Rusia”, Núm. 37873/04.

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. 2015. “Dubská y Krejzová c. Czech Republic”, Núms. 28859/11 y 28473/12.

Sentencia Tribunal Europeo de Derechos Humanos. 2018. “Pojatina c. Croacia”, Núm 18568/12.

Sentencia del Tribunal Supremo - Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección Cuarta. Núm. 1263/2018 de 17 de julio de 2018